

313

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1886

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 29 juillet 1886, à 1 heure

Par HENRI LARDEMER.

PARALLÈLE

ENTRE LE FORCEPS ET LA VERSION

DANS LES CAS

DE RÉTRÉCISSEMENTS MOYENS DU BASSIN

Président : M. le professeur Pajot.

Juges : MM. { Panas, professeur,
Humbert, agrégé,
Debove, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

LE MANS

IMPRIMERIE ALBERT DROUIN

5, RUE DU PORC-ÉPIC, 5

1886

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BÉCLARD.
Professeurs.....		MM.
Anatomie.....		SAPPEY.
Physiologie.....		BÉCLARD.
Physique médicale.....		GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		PETER.
		DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale.....		GUYON.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....		DUPLAY.
Thérapeutique et matière médicale.....		REGNAULD.
Hygiène.....		HAYEM.
Médecine légale.....		PROUST.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		TARNIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....		LABOULBÈNE.
		VULPIAN.
Clinique médicale.....		SEE (G.)
		HARDY.
		POTAIN.
		JACCOUD.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies syphilitiques.....		CHARCOT.
Clinique des maladies nerveuses.....		RICHET.
		VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....		TRELAT.
		LE FORT.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		PAJOT.

DOYEN HONORAIRE : M. VULPIAN.

Professeur honoraire

M. GOSSELIN.

Agréés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	GUÉBHARD.	LANDOUZY.	REYNIER.
BOUILLY.	HALLOPEAU.	PEYROT.	RIBEMONT-DRESS.
BUDIN.	HANOT.	PINARD.	RICHELOT.
CAMPENON.	HANRIOT.	POUCHET.	C. RICHET.
CHARPENTIER.	HUMBERT.	QUINQUAUD.	A. ROBIN.
DEBOVE.	HUTINEL.	RAYMOND.	SEGOND.
FARABEUF, chef	JOFFROY.	RECLUS.	STRAUS.
des travaux anatom.	KIRMISSON.	REMY.	TERRILLON.
GARIEL.	LUTZ.	RENDU.	TROISIER.

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MÈRE.

Faible témoignage de reconnaissance.

A MA GRAND'MÈRE.

A MES ONCLES ET TANTES.

A MES PARENTS.

A MES AMIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. LE PROFESSEUR PAJOT,

Professeur de clinique d'accouchement et de gynécologie
à la Faculté de Paris,

Président fondateur de la Société obstétricale et gynécologique de Paris,

Chevalier de la Légion d'honneur.

A MES ANCIENS MAÎTRES DES FACULTÉS
DE LILLE ET DE PARIS.

INTRODUCTION

Lorsque M. le professeur Pajot nous proposa pour sujet de thèse « le parallèle entre le forceps et la version dans les cas de rétrécissements moyens du bassin, » nous avons hésité pendant quelque temps à aborder cette question, l'une des plus controversées de l'obstétrique. Il faudrait, pour traiter ce sujet d'une manière complète, une expérience et une pratique que nous n'avons pas la prétention d'invoquer. Nous regrettons de n'avoir pu donner plus de temps à l'exécution de ce travail ; nous avons tâché d'y suppléer en y consacrant tous nos efforts.

Nous avons recherché dans l'expérience et dans les travaux de nos maîtres, la meilleure conduite à suivre lorsque le sommet se présente au détroit supérieur dans les rétrécissements moyens, c'est-à-dire dans les rétrécissements les plus importants de beaucoup, les rétrécissements légers n'apportant généralement pas d'obstacles sérieux à l'accouchement, et les rétrécissements extrêmes excessivement rares, demandant une conduite toute différente : la réduction du volume du fœtus que l'on sacrifie à l'intérêt de la mère.

Les rétrécissements moyens, comprenant, d'après P. Dubois, les bassins mesurant de 6 c. 1/2 à 9 c. 1/2 selon le diamètre antéro-postérieur, sont très importants à reconnaître, parce que dans ces cas la vie de la mère et surtout celle de l'enfant sont en jeu, si la femme est arrivée au terme de sa grossesse, et qu'ils exigent une conduite absolument subordonnée aux circonstances, importants encore parce que si la femme vient nous consulter avant terme, nous pouvons, par un accouchement prématuré, diminuer les dangers que court la mère et donner de plus grandes chances de vie à l'enfant.

Dans un premier chapitre nous avons exposé très longuement l'historique de la question, parce que l'opinion de nos maîtres, basée sur leur longue pratique, nous indique la ligne de conduite la plus favorable à la mère et à l'enfant, beaucoup plus sûrement que ne peuvent le faire des idées théoriques.

Après avoir exposé le diagnostic des rétrécissements du détroit supérieur, nous avons examiné la plupart des arguments que l'on a donnés pour et contre la version et le forceps, nous avons recherché de quel côté les expériences et les observations cliniques faisaient pencher la balance, et après avoir dit quelques mots du pronostic, nous avons indiqué la ligne de conduite que nous croyons la plus sage, parce qu'elle découle des faits observés et de l'opinion la plus généralement accréditée.

Nous avons fait des emprunts pour notre historique au *Traité d'Accouchements* de Charpentier et

surtout au mémoire de Joulin sur les avantages et les inconvénients de la version et de l'application du forceps dans les bassins rétrécis (*Mémoires de l'Académie de médecine*, 1865, t. X XVII.)

Que notre excellent maître, M. le professeur Pajot, reçoive ici tous nos remerciements pour la bienveillance avec laquelle il nous a reçu, et les conseils qu'il a bien voulu nous donner pour nous aider à mener ce travail à bonne fin.

HISTORIQUE

Avant que le forceps fut connu, on avait recours à la version dans presque tous les cas d'accouchements difficiles. Aélius et Paul d'Égine sont les premiers parmi les anciens qui firent la version sur des enfants vivants. Plus tard, Ambroise Paré, et surtout Guillemeau, son élève, cultivèrent avec succès la version podalique.

Au siècle suivant, Hugh Chamberlen qui inventa le forceps droit (1647), avait la prétention d'accoucher toutes les femmes avec cet instrument. Mais, appelé par Mauriceau auprès d'une femme, qui présentait un bassin fort rétréci, il ne put arriver à extraire l'enfant.

Ce forceps droit, en effet, ne pouvait servir à faire l'extraction, que lorsque la tête était sur le périnée ou dans l'excavation. Pour qu'un instrument fût capable de rivaliser avec la version, il fallait qu'il pût aller saisir la tête au-dessus du détroit supérieur. Aussi n'est-ce qu'à partir de Levret et de Smellie, qui nous ont donné le forceps à double courbure, que la question présente véritablement de l'intérêt.

Levret resta partisan de la version ; mais il ne pouvait en être autrement, puisqu'il n'osait pas em-

ployer son forceps au détroit supérieur, ni même plus bas. Il nous dit en effet dans son *Traité sur les accouchements laborieux* (p. 161) :

« NOTA. — Des personnes fort habiles ont voulu
« me prêter une opinion que je n'ai point eue à
« l'égard du forceps courbe ; ils pensent que je le
« crois capable d'aller prendre la tête de l'enfant
« dans la matrice, *lorsqu'elle n'est point engagée dans*
« *l'orifice*. Je ne conseille néanmoins son emploi que
« dans le cas où l'on se sert de l'autre. »

L'autre, c'est le forceps droit.

Il dit encore dans son livre *sur l'utilité du forceps courbe* (p. 195) :

« Je craignais cependant de ne pouvoir réussir
« avec cet instrument, parce que la tête ne me
« paraissait pas assez avancée, mais le péril était si
« urgent que je crus ne pas devoir différer d'en faire
« au moins l'essai, essai qui réussit parfaitement. »

Nous ne devons donc pas nous étonner qu'il vienne nous dire plus loin (p. 313) :

« Si en pareil cas, lorsque la tête n'est pas descen-
« due assez bas, on est assez heureux de parvenir à
« passer la main à côté de la tête, le plus sûr est de
« saisir l'enfant par les pieds, et de terminer tout de
« suite l'accouchement, plutôt que de s'en aller, mal
« à propos, reposer sur un peut-être, qui à peine
« réussira une fois sur cent. Il n'y a pas un accou-
« cheur un peu employé, qui ne soit pas convaincu
« de cette vérité. »

Voici à quel degré de rétrécissement il limite la version :

« Il faut, dit-il, pour décider absolue l'impossibilité
« de l'accouchement de l'enfant en vie, que la main de
« l'accoucheur ne puisse être introduite dans le vide
« du bassin pour pénétrer ensuite dans la matrice, ou
« au moins qu'il ne puisse absolument pas la retirer
« lorsqu'il a saisi l'enfant par les pieds. »

Pourtant dans une observation de Coutouly il est dit :

« Nous eûmes un enfant vivant à la grande satisfaction de M. Levret qui, jusque-là avait douté de la
« possibilité d'employer efficacement le forceps dans
« un cas de cette nature » (c'est-à-dire au détroit supérieur). Mais Levret n'écrivit plus depuis et il n'a pu par conséquent revenir sur son opinion.

Smellie de son côté, appliquait le forceps au détroit supérieur, mais ce n'était pas sans une certaine crainte, sans une certaine appréhension que nous rencontrerons encore plus tard chez bon nombre d'accoucheurs. On ne peut donc pas l'accuser de proscrire la version de parti pris. S'il agit ainsi, c'est uniquement dans l'intérêt de la mère et de l'enfant.

Nous lisons dans son *Traité de la théorie et pratique des accouchements*, 1774, trad. de Prévillle (p. 258).

« Lorsque la tête est trop grosse, si on tourne l'enfant (si on fait la version), on pourra bien en délivrer le corps, mais la tête restera prise au-dessus du détroit, et l'on ne pourra la dégager sans le secours des crochets ; la difficulté est cependant encore plus grande quand cet accident vient de

« l'étroitesse du bassin, quand même la tête serait de
« grosseur ordinaire. Lorsque les choses sont en cet
« état, *il ne faut pas s'amuser à retourner l'enfant,*
« parce qu'on n'en peut venir à bout sans tourmenter
« extraordinairement la mère, et sans se fatiguer
« beaucoup soi-même mal à propos : *ainsi il vaut*
« *mieux mettre tout de suite le forceps en usage,* et
« lorsqu'on n'en vient point à bout par ce moyen, il
« faut diminuer le volume de la tête, la dépécer et
« la tirer par morceaux. »

Plus loin il dit (p. 270) :

« Mais, lorsque la tête est restée au-dessus des
« bords du bassin, ou qu'il n'y a qu'une petite por-
« tion seulement, qui y soit enclavée, et qu'il paraît
« que le bassin est trop étroit ou que la tête est trop
« grosse, et par conséquent que les plus fortes dou-
« leurs ne sont point capables de délivrer la femme ;
« en pareil cas, il n'y a pas moyen de sauver l'enfant,
« soit qu'on le retourne et qu'on le tire par les pieds,
« ou qu'on essaye de le délivrer au moyen du filet ou
« des forceps ; l'accoucheur se voit dans la dure né-
« cessité de recourir aux crochets pour en faire
« l'extraction. Cependant, dans tous les cas, il faut
« essayer auparavant, s'il n'y a plus moyen de
« réussir *avec le forceps* ; en effet, on réussit quelque-
« fois mieux qu'on n'avait lieu de se le promettre. »

Il conseille la version dans les présentations de la face, lorsque celle-ci reste engagée à la partie supérieure du bassin : « Parce que le derrière de la tête
« est renversé en arrière sur les épaules, et qu'il

« n'est pas possible d'en faire l'extraction avec le
« forceps, à moins qu'elle ne soit fort petite. »

Et il ajoute :

« Lorsque la tête (dans cette présentation) est restée
« enclavée fort haut, qu'elle ne paraît descendre en
« aucune façon, et que l'opérateur qui a dilaté les
« parties dans les vues de retourner l'enfant, s'aper-
« çoit que le bassin est étroit et que la tête est grosse,
« *il ne doit pas entreprendre de le retourner*, parce
« que, lorsqu'il en *serait venu à bout*, ce qu'il ne
« pourrait peut-être obtenir qu'avec beaucoup de
« peine, il ne lui serait pas possible de le *délivrer*
« *sans le secours des crochets.* »

Il dit encore : « Lorsque l'enfant présente le front
« ou la face, lorsque la tête n'est pas descendue
« assez près de l'orifice externe pour qu'on puisse
« appliquer le forceps, mais surtout lorsqu'il y a
« procidence du cordon (p. 371), il faut absolument
« retourner l'enfant tout de suite, et au plus vite...
« On s'imagine bien sans doute que si le bassin était
« trop étroit ou la tête trop grosse, il ne faudrait
« pas s'amuser à le retourner. »

Burton publia en 1751 le premier volume de son ouvrage intitulé : *Système nouveau et complet de l'art des accouchements*, avant que celui de Smellie ne parût, c'est-à-dire ne connaissant pas l'application du forceps au détroit supérieur. Dans son second volume, où il attaque vivement Smellie, qui n'avait pas parié de lui dans son ouvrage, il adresse des reproches fondés au forceps, qui était loin d'avoir la perfection

actuelle, forceps ne pouvant se loger facilement sur les bosses pariétales; et cependant on donnait cette application sur les bosses pariétales comme règle.

Il dit (t. I^{er}, p. 267) :

« Quand l'os pubis et le sacrum sont trop rappro-
« chés l'un de l'autre, il est évident en considérant
« ces parties, que la tête de l'enfant est obligée de s'y
« arrêter... Dans ce cas, si l'accoucheur est présent
« lorsque la femme ressent les premières douleurs,
« et si d'ailleurs il a expérimenté dans un accouche-
« ment antérieur, que le passage entre l'os pubis et
« le sacrum étant trop étroit, l'enfant quoique d'un
« volume ordinaire, n'a pu les franchir par les seuls
« efforts de la nature, ou qu'il est mort, ou qu'il a
« perdu la vie, par l'effet des instruments mis en
« usage pour sauver la mère, alors il doit porter la
« main dans le vagin, rompre les membranes et
« amener aussitôt l'enfant par les pieds; car quoique
« l'étroitesse du passage soit la même que dans l'ac-
« couchement antérieur, et quoique l'enfant ait la
« même forme et le même volume que le précédent,
« *il sortira cependant plus aisément, étant tiré par les*
« *pieds, parce que l'extrémité la plus petite viendra la*
« *première*, et parce que l'accoucheur sera en état de
« donner un secours considérable en tirant les jambes
« avec la main; tandis qu'avec un doigt de l'autre
« introduit dans la bouche, il tournera le menton de
« manière à le faire passer très facilement entre les
« os du bassin. En effet, il est beaucoup plus pro-
« bable que l'enfant sortira par cette manière d'o-

« pérer, qui d'ailleurs ne peut faire tort à aucun
« des deux individus, que lorsqu'il présente d'abord
« l'extrémité la plus grosse, parce qu'il ne peut rece-
« voir de secours que des efforts de la mère. »

Plus loin on lit :

« Malgré ce que je viens de dire, il y a plusieurs
« cas où la tête vient la première, et dans lesquels
« le forceps ne doit point être employé... 2° lorsque
« l'obstacle vient des os qui forment la partie supé-
« rieure du bassin... 3° lorsque le sacrum et le pubis
« sont trop rapprochés l'un de l'autre, car alors la
« tête ne peut *avancer suffisamment pour être bien*
« *saisie par l'instrument*, et s'il pouvait l'atteindre, il
« ne pourrait pas la faire sortir sans diminuer son
« volume, ou faire beaucoup de mal à la mère. »

Burton ignorait donc les ressources du forceps. Il ne donne, du reste, aucune observation à l'appui de ses idées. Par contre, il rapporte l'observation d'une femme qui était accouchée antérieurement de plusieurs enfants vivants, et chez laquelle en faisant une version, il arrache le cou du fœtus. Il ne cite que cette seule observation ayant trait à une version.

En 1754, Pugh de Chelmsford, bien que partisan du forceps long, disait :

« Quand le bassin est trop petit ou déformé, que
« la tête est hydrocéphalique, ou très ossifiée, ou
« qu'elle se présente mal... pourvu qu'elle soit au
« dessus du détroit supérieur, ou que même, quand
« elle est engagée, on puisse sans violence la re-

« pousser jusqu'au dessus, la meilleure méthode est
« de faire la version podalique. »

Denman (1805) qui n'employait que le forceps court, rejetait cependant la version dans les rétrécissements du bassin, bien qu'il ait accouché par la version une femme de son huitième enfant. Cet enfant à terme vint vivant, tandis que les sept autres étaient morts-nés. « *La réussite de pareilles tentatives, dit-il, est incertaine, et la version, dans les circonstances dont il est question, est une de ces hardiesses qu'un homme d'expérience peut se permettre dans une situation critique, plutôt qu'une opération à généraliser.* »

Deleurye, dans son *Traité des accouchements* (1777), exige pour que l'application du forceps puisse se faire, qu'il n'y ait pas une trop *grande disproportion entre la tête et le détroit*. C'est tout ce qu'il dit sur notre sujet dans cet ouvrage. Mais il rapporte quelques observations relatives à des cas de rétrécissements dans un mémoire intitulé : *Observations sur l'opération césarienne et sur l'usage du forceps, la tête arrêtée au-dessus du détroit supérieur* (1779). Dans l'une d'elles, il s'agit de la comparaison du forceps et de la version, qui furent tous deux appliqués chez la même femme : l'avantage est entièrement au forceps.

Baudelocque (1781-1815), dans son traité de l'*Art des accouchements*, établit le parallèle entre les avantages et les inconvénients de la version et du forceps dans les cas de rétrécissements du bassin.

Il dit (T. II, p. 277) :

« Si l'extraction de l'enfant par les pieds n'est

« pas la plus ancienne de toutes ces méthodes, (in-
« terventions dans les cas de mauvaise conformation
« du bassin), comme on pourrait le présumer, elle
« paraît au moins la plus naturelle. Si elle passe
« également pour la plus douce aux yeux du vul-
« gaire, qui a horreur des instruments, l'accoucheur
« doit en avoir une opinion bien moins avantageuse,
« parce qu'il ne doit point ignorer, combien il est
« difficile de retourner l'enfant et de le tirer de cette
« manière, surtout lorsque les eaux de l'amnios sont
« écoulées depuis longtemps, et lorsque le bassin est
« mal conformé. Sa mort trop souvent à craindre,
« quand ce dernier jouit à peu près de sa largeur
« naturelle, est d'autant plus certaine, qu'il s'éloigne
« davantage de cet état, et que les dimensions de l'un
« et de l'autre détroits sont plus petites. *L'extraction*
« *par les pieds n'est alors qu'une méthode dangereuse,*
« une sorte de ressource pour délivrer la mère ; et
« souvent encore, n'est-ce pas sans de très grands
« inconvénients pour elle. Elle ne convient pas d'ail-
« leurs dans tous les cas de mauvaise conformation
« du bassin, abstraction faite des accidents qui y
« sont inévitablement attachés, puisqu'il est impos-
« sible d'extraire l'enfant entier, quand le petit
« diamètre de cette cavité, n'offre pas environ
« 2 pouces 1/2 d'étendue (69 millim.)

« L'usage du forceps paraît un peu plus doux et
« même un peu plus sûr dans quelques-uns de ces
« cas ; en ce que d'un côté, on n'a pas à craindre
« pour l'enfant les funestes effets de l'extension et

« des tiraillements de la moelle épinière, ainsi que
« la luxation du cou et de la tête, et que d'autre part,
« les parties de la femme sont moins fatiguées que
« par l'introduction de la main jusqu'au fond de la
« matrice, mais il a de même ses inconvénients et
« ses bornes. Cet instrument, quelquefois dangereux
« pour l'enfant, lorsque le bassin n'a que 3 pouces
« (81 millim.) de diamètre, l'est bien davantage, s'il
« n'est pas alors meurtrier, quand ce diamètre est
« plus resserré : en lui donnant la mort dans ce der-
« nier cas, il expose également la mère à des acci-
« dents plus ou moins graves. Le forceps ne convient
« en aucune manière lorsque le bassin est vicié au
« dernier point, c'est-à-dire quand son petit diamè-
« tre n'offre pas au-delà de 2 pouces $1/2$ (69 millim.)
« d'étendue, à moins que la tête du fœtus n'y soit
« profondément engagée. »

Si Baudelocque rejette ainsi la version, ce n'est pas par enthousiasme pour le forceps, puisqu'il se demande si le forceps n'est pas plus nuisible qu'utile.

Il avait dû voir, que la version présente des inconvénients, qui se rencontrent beaucoup plus rarement dans les présentations pelviennes, puisqu'il reconnaît que : « la tête est ainsi faite qu'elle s'affaise plus faci-
« lement quand l'enfant vient par les pieds, que
« lorsqu'il présente la tête. »

En 1788, Lauverjat qui n'hésitait pas à appliquer le forceps au-dessus du détroit supérieur, établit dans sa *nouvelle méthode de pratiquer l'opération césarienne*, 1788, un parallèle très complet entre l'opéra-

tion césarienne et la symphyséotomie qui était alors très répandue.

Il dit à propos des vices de conformation du bassin (p. 8) : « Le premier degré de vice du petit diamètre
« du détroit supérieur, est lorsque ce diamètre n'a pas
« 3 pouces d'étendue (81 millim.), le vice n'exige
« l'opération césarienne, que lorsqu'on est forcé de
« tirer l'enfant par les pieds. Le praticien sait que la
« main la plus exercée ne peut alors conserver aucun
« enfant de neuf mois bien constitué. »

Peut-on montrer une plus grande répugnance pour la version, que de lui préférer l'opération césarienne lorsque l'enfant est en présentation pelvienne?

C'est son expérience qui lui fait préférer le forceps à la version, car il cite (p. 289) un cas dans lequel on avait pratiqué la version pour un rétrécissement du bassin. Il perfora le crâne du fœtus, qui avait un bras cassé, et dont la tête ne tenait plus au tronc que par la peau. Dans une autre observation, (p. 290) il extrait au moyen du forceps un enfant retenu depuis 3 jours au dessus du détroit supérieur rétréci.

Schweighœuser dans un mémoire sur le forceps paru en 1799, s'exprime ainsi : « D'après les principes, on donne pour règle de ne pas se servir du
« forceps, quand des moyens plus doux, même l'opération de retourner l'enfant, de le tirer par les
« pieds, remplissent l'indication..... mais cette opération expose plus la vie de l'enfant que l'usage
« du forceps. »

Puis, après avoir examiné les dangers que la

version fait courir au fœtus, il ajoute : « On peut
« avancer comme règle générale que l'usage du forceps
« doit être préféré à l'opération de retourner l'enfant. »

« Le docteur Flamand, nous dit Gardien, est un
« des premiers qui ait donné le précepte de toujours
« aller saisir la tête avec le forceps, au-dessus du dé-
« troit supérieur, plutôt que de recourir à la version
« par les pieds, quelle que soit la circonstance qui ne
« permette pas de confier le travail à la nature. »

Cependant, malgré sa répugnance pour la version,
il en est encore partisan dans les cas de déformation
oblique-ovalaire. Il ne croit pas qu'un fœtus ait des
chances de vivre, quand le bassin rétréci ne présente
pas au moins $1/4$ de millimètre de diamètre conjugué.
Au-dessous, il semble considérer la perforation du
crâne comme nécessaire.

Gardien n'admet la version que pour des cas très
rares. On peut en juger par les passages suivants,
extraits de son *Traité sur les accouchements* (t. II,
p. 535) :

« Le défaut de largeur du bassin au détroit supé-
« rieur, est une des circonstances qui doivent déter-
« miner plus impérieusement à donner la préférence
« au forceps sur l'extraction de l'enfant par les pieds,
« lorsque le détroit n'est pas resserré au point que la
« tête ne puisse s'y engager, même après avoir
« éprouvé par les serres de l'instrument la réduction
« dont elle est susceptible : au-dessous de 3 pouces
« (81 millim.), ou tout au plus de 2 pouces $3/4$
« (74 millim.), il est absolument contre-indiqué.

« Dans le cas où le forceps est indiqué, à raison
« du rétrécissement du détroit supérieur, si l'on
« éprouvait trop de difficultés à saisir la tête, qui
« est mobile, on pourrait encore aller chercher les
« pieds, et amener la tête au détroit, pour terminer
« ensuite l'accouchement avec le forceps, le tronc de
« l'enfant étant au dehors. »

Dans le volume suivant, il dit encore, en traitant de la version (t. III, p. 13) :

« *L'extraction de l'enfant par les pieds est une faible*
« *ressource*, lorsque le bassin est vicié, et qui ne doit
« être employée; que lorsque la disproportion est de
« quelques lignes seulement; car si le défaut de pro-
« portion était considérable, sans parler des acci-
« dents qui accompagnent nécessairement tout accou-
« chement où l'enfant vient au monde en présentant
« les pieds les premiers, même quand le bassin jouit
« de sa grandeur naturelle, l'enfant serait victime de
« son extraction par les pieds, si on allait le chercher
« dans le dessein d'ajouter aux contractions de la
« matrice en tirant dessus; les efforts qu'il faudrait
« exercer pour forcer la tête à s'affaisser, produi-
« raient des tiraillements dans la moelle épinière...
« L'épuisement de la femme ou la présence d'un
« accident, me paraissent seuls exiger qu'on retourne
« l'enfant. »

En 1807, Coutouly fait paraître un *Mémoire où l'on prouve qu'il est possible et même avantageux d'aller chercher avec le forceps, au-dessus du détroit supérieur d'un bassin vicié, la tête mobile d'un enfant.*

Il dit (p. 98), à propos des disproportions de volume entre la tête fœtale et le bassin de la mère :

« Dans ces malheureuses circonstances, la plupart
« des accoucheurs cherchent à terminer l'accouche-
« ment en allant saisir les pieds de l'enfant, mais
« quelles peines n'éprouvent-ils pas ? De quelles dif-
« ficultés n'est point accompagnée l'extraction de la
« tête, extraction qu'ils n'achèvent souvent qu'aux
« dépens de la vie de l'enfant, et de beaucoup d'acci-
« dents plus ou moins graves pour la mère.

« Si l'expérience montre que la plupart des en-
« fants, que l'on est obligé de retourner, périssent
« même dans les bassins bien conformés, elle prouve
« aussi que l'on amène vivants la plupart de ceux que
« l'on tire avec le forceps méthodiquement appliqué ;
« même dans les bassins viciés. Peut-on craindre d'en
« trop étendre l'emploi ?

Sa préférence pour le forceps était bien légitimée par sa pratique. Il relate, en effet, l'observation d'une femme qui eut sept accouchements. Le premier nécessita l'emploi du crochet, le forceps ayant été infructueux. Trois versions, et une présentation du siège, donnèrent quatre enfants morts-nés. Dans tous ces cas, l'extraction de la tête a toujours nécessité de grands efforts. Les deux derniers accouchements, dans lesquels le sommet se présentait, donnèrent deux enfants vivants extraits par le forceps.

Capuron s'exprime ainsi dans son *Cours théorique et pratique des accouchements* (p. 549):

« Dans les cas de *bonne conformation* du bassin,

« l'extraction de l'enfant par les pieds est toujours
« préférable au forceps, quelle que soit la nécessité
« de terminer l'accouchement, à moins que la ma-
« trice contractée sur le fœtus n'en ait rendu la tête
« entièrement immobile, et n'empêche la main d'en
« pelotonner le tronc. *Le forceps, au contraire, offre*
« *beaucoup plus d'avantages que la main, lorsque le*
« *détroit supérieur est un peu resserré, pourvu néan-*
« *moins que la tête, après la réduction dont elle est*
« *susceptible, puisse encore s'y engager et traverser*
« *le bassin.* »

Il proscrit le forceps dans les cas de retrécissements extrêmes. Plus loin (p. 622) :

« Les uns ont proposé, dit-il, l'extraction de l'en-
« fant par les pieds, et il faut convenir que cette
« ressource doit paraître la plus naturelle et la plus
« douce aux yeux du vulgaire, qui a horreur des
« instruments; mais l'accoucheur instruit n'ignore
« pas que cette manœuvre est dangereuse pour la
« mère et pour l'enfant, lors même que le bassin est
« bien conformé. Que doit-on en espérer lorsque le
« canal s'éloigne de sa structure naturelle, surtout
« lorsque l'étroitesse en est excessive ? »

De même que Capuron, Burns se prononce pour le forceps. En effet, il dit dans son *Traité d'accouchements* (p. 310), en parlant de la version :

« Il a été longtemps d'usage, et quelques accou-
« cheurs le font encore, de pratiquer dans ces cas-ci
« la version (lorsque la tête reste au-dessus du détroit
« supérieur, dans les retrécissements du bassin);

« mais la force qu'il faut employer pour extraire la
« tête à travers un bassin rétréci, ne doit pas man-
« quer d'être mortelle pour l'enfant, sans parler de
« la difficulté et du danger de faire la version dans
« une matrice très contractée. »

Et dans un autre passage (p. 303) :

« Pour avoir une chance de sauver l'enfant, l'on
« proposa ensuite, et cela devint bientôt une règle
« générale, de faire la version et de délivrer par les
« pieds, vu que par là on pourrait déployer une
« grande force. Si cependant la résistance était
« grande, la mort en était invariablement la consé-
« quence. Bien plus, dans beaucoup de cas, le corps
« était arraché de la tête qui restait dans l'utérus. »

Depuis Burton, nous n'avions pas rencontré d'accoucheur préférant la version au forceps dans les cas de rétrécissements du bassin ; nous allons voir M^{me} Lachapelle (1821) la préconiser et la défendre avec acharnement. A propos des indications, que présentent à remplir les vices de conformation du bassin, elle dit (t. III, p. 428) :

« En effet, si c'est à l'application du forceps qu'on
« se décide, on s'apercevra aisément que l'élévation
« de la tête retenue au détroit supérieur, que la forte
« courbure du sacrum si ordinaire dans ces circons-
« tances, et que la projection en avant de l'angle
« sacro-vertébral, donnent lieu à des difficultés nom-
« breuses, et exposent un opérateur peu exercé à
« déchirer la partie postérieure du vagin ou du col
« de la matrice. »

Un bon opérateur n'a pas à redouter de tels accidents.

« Cependant il faut bien en venir à cette application, quand la matrice seule ne pourrait pas se débarrasser d'un fœtus dont la tête peut traverser, un peu difficilement sans doute, le détroit supérieur. Baudelocque veut qu'on ne s'abstienne de l'employer, que quand le bassin a moins de deux pouces et demi (67 millim.) d'avant en arrière; au delà il faut, suivant lui, en venir à la section pelvienne, et à moins de 2 pouces (54 millim.) l'opération césarienne est indispensable. Ces règles sont fort bonnes dans un traité dogmatique, mais dans la pratique, on apprend que tout cela dépend du volume proportionnel du fœtus, et plus encore de la forme même du bassin vicié; car il est évident qu'un bassin large d'un côté, bien qu'étroit de l'autre et au milieu, pourra donner passage à un enfant peu volumineux, tandis qu'un bassin large au milieu (trapézoïde, trilobé, etc.) ne pourra jouir du même avantage.

« C'est sans doute à la facilité plus grande avec laquelle on peut diriger la tête du fœtus, et une compression moindre de cette partie, qu'il faut attribuer les succès que j'ai plus constamment obtenus, contre l'assertion de beaucoup d'auteurs, de l'emploi de la version comparée à l'application du forceps. D'après les tableaux déjà cités, sur les 15 enfants vivants extraits par le forceps, pour un resserrement du bassin, 7 ont vécu, 8 sont nés

« morts : tandis que, sur 25 amenés par les pieds,
« 16 ont vécu et 9 seulement ont été extraits sans
« aucun signe de vie. La proportion des succès
« est presque des $\frac{2}{3}$ pour la version, et moindre que
« moitié pour l'application du forceps. »

Cette proposition de $\frac{2}{3}$ de succès pour la version n'est pas exacte. M^{me} Lachapelle ne relate dans ses observations que 19 cas dans lesquels l'accouchement fut terminé par la version ; 10 enfants seulement naquirent vivants, et 4 d'entre eux expirèrent dans les deux premiers jours. Ce sont les rétrécissements médiocres (81 à 95 millim.), comme les appelle l'illustre sage-femme, qui ont donné le plus d'enfants vivants (6 sur 9 accouchements.)

Or, dans ces cas l'accouchement spontané est fréquent, et l'extraction par le forceps est assez souvent facile.

Quant à la compression, nous ne comprenons pas pourquoi elle serait moindre dans la version que dans l'application du forceps.

« La version offre encore un autre avantage, c'est
« qu'elle donne des moyens infaillibles de recon-
« naître si l'enfant est vivant ou mort. » (Nous n'en voyons pas l'avantage, d'autant plus que l'auscultation était déjà connue.)

« Car quelque soit le degré de resserrement, on
« peut presque toujours porter la main dans la
« matrice, et amener les membres et le tronc de
« l'enfant au-dehors ; la tête seule reste au détroit
« supérieur, lorsqu'il est trop étroit, et c'est alors

« qu'on peut avec connaissance de cause, se décider
« à la section pubienne, ou à la perforation du
« crâne. La version n'expose à la détroncation que
« quand elle est faite par une personne peu habile,
« et qui croit que tout doit céder plutôt à la force qu'à
« l'adresse des manœuvres. »

Pourquoi alors cet accident lui est-il arrivé à elle-même ? Comme on peut le voir (t. III, p. 484, obs. 8, et p. 521, obs. 20.)

« Ce n'est pas qu'il ne faille quelquefois tirer fortement sur le corps du fœtus, mais des tractions bien dirigées selon l'axe du détroit supérieur, après qu'on aura donné à la tête une direction transversale et abaissé le menton, obtiendront tout ce qu'il est possible d'obtenir. Si l'on éprouve une résistance trop grande, il faut abandonner l'extraction, si l'enfant est vivant, et ouvrir la symphyse pubienne. »

Cette opération, abandonnée aujourd'hui, ne donne en moyenne qu'un agrandissement de un centimètre; elle est en outre fort dangereuse pour la mère.

« Elle serait encore préférable à l'emploi de cet instrument, dans les cas où le détroit inférieur serait transversalement rétréci, circonstance qui accompagne souvent les formes ovale et pyramidale etc., du détroit supérieur. En effet, lorsque la tête sort du bassin la première, c'est l'occiput qui sort d'abord en avant en se plongeant dans l'arcade pubienne, mouvement qui deviendrait fort difficile, si cette arcade était étroite et anguleuse. Quant au

« contraire, il descend les pieds les premiers, alors
« l'occiput vient se placer derrière le pubis ; le front
« sort le premier par la partie postérieure du détroit
« pariétal, et la nuque seule s'engage dans l'arcade
« pubienne. Cette remarque semble avoir échappé à
« tous nos auteurs. »

Dugès, neveu de M^{me} Lachapelle, préfère aussi la version au forceps ; nous extrayons les passages suivants de son *Manuel d'Obstétrique* (p. 249) :

« Le *forceps* convient lorsque la tête se présente à
« un détroit supérieur de 3 pouces et $\frac{1}{4}$ au moins
« (88 millim.) dans son diamètre antéro-posté-
« rieur. La force que cet instrument permet d'em-
« ployer, produit une réduction qu'on peut estimer
« à trois lignes sur quelque point de la tête qu'il soit
« appliqué. S'il l'est d'un pariétal à l'autre, la réduc-
« tion est plus forte et compense ainsi l'épaisseur
« des cuillers. »

Puis plus loin (p. 310) :

« Le *forceps* ne blesse ni la mère, ni l'enfant, quand
« il est bien appliqué, et il a l'avantage de ne point
« occasionner le refoulement du sang vers la tête
« comme la version. »

Dugès énumère ensuite les dangers qu'il présente lorsqu'il est mal introduit, où extrait brusquement, et il ajoute : « C'est un instrument de mort entre les
« mains d'un ignorant présomptueux. »

Il dit en traitant de la version :

« La version du fœtus permettra aussi de l'extraire

« à travers un bassin de 3 pouces et $\frac{1}{4}$ (88 millim.)
« peut être même un peu moindre. »

« En effet, on peut alors plus aisément diriger la
« face de côté, et du côté reconnu le plus large du
« bassin : en outre, la réduction, dont la tête est
« susceptible, reste toute en bénéfice. Aussi la version,
« employée en pareil cas, à la Maternité de Paris,
« a-t-elle amené presque les $\frac{2}{3}$ des enfants vivants,
« tandis que, dans les mêmes circonstances, le forceps
« n'en a pas procuré la moitié (M^{me} Lachapelle) ».
Nous avons montré plus haut qu'il y avait erreur
dans les chiffres qu'elle nous a donnés.

Enfin il ajoute (p. 289) :

« Elle est préférable à l'application du forceps dans
« les vices modérés du détroit supérieur, toutes les
« fois que l'enfant présente la tête dans une position
« vicieuse, ou fort élevée du bassin. Elle ne doit point
« pourtant être exécutée sans nécessité reconnue, car
« même dans les cas les plus heureux, elle expose l'en-
« fant à tous les inconvénients assignés aux positions
« pelviennes (refoulement du sang vers la tête, etc.) ;
« les dangers sont quelquefois plus graves dans
« les cas difficiles, ou entre des mains brutales et
« inexpérimentées ; l'apoplexie, les luxations des
« vertèbres ou des membres, les fractures du crâne
« ou des os longs, la détroncation ou la décollation
« pourraient en résulter chez l'enfant, comme la
« rupture de l'utérus ou du vagin chez la mère. Ce
« n'est pas seulement la violence, mais plutôt encore

« la mauvaise direction des efforts qui peuvent amener de tels résultats. »

Antoine Dubois (1802-1832) n'était nullement favorable à la version ; il n'a jamais voulu la pratiquer dans des bassins rétrécis. Il disait en parlant de M^{me} Lachapelle :

« Ces diables de sages-femmes, si on les écoutait, il faudrait mettre de côté tous les instruments ; elles pourraient croire alors qu'elles peuvent aussi bien se passer du médecin que du forceps. »

Paul Dubois dit dans sa thèse d'agrégation (1834), que parmi les procédés opératoires indiqués dans tous les ouvrages qui traitent des rétrécissements du bassin, il y en a qui lui semblent dangereux « et ceci s'applique à la version par les pieds, bien qu'elle ait été conseillée par M^{me} Lachapelle, et qu'elle ait paru lui réussir. »

Il dit à propos de la présentation du tronc (p. 24) :

« Si cependant la *version sur la tête* offrait, dans ces cas, de *grandes difficultés*, ou était impossible, il faudrait bien se décider à faire la version sur les pieds, et se comporter ensuite, comme si le fœtus se fût primitivement et spontanément engagé par l'extrémité pelvienne. »

Nous lisons plus loin (p. 34) :

« Ainsi, lorsque le bassin rétréci n'offre qu'un passage de 3 pouces $1/2$ (95 millim.) au plus, et de 2 pouces 7 lignes au moins (70 millim.), si les membranes sont depuis longtemps rompues et les eaux écoulées, si les contractions ont été énergi-

« ques, ou si des tentatives d'extraction (*à l'aide du*
« *forceps*) ont été faites sans résultat, si, en un mot,
« la viabilité de l'enfant peut avoir déjà été compro-
« mise, la diminution du volume de la tête par la
« craniotomie, et son extraction ensuite par des
« moyens convenables, sont à mon avis, les seuls
« moyens auxquels il convienne d'avoir recours. »

Lorsqu'il était à la fin de sa carrière, il avait la plus grande répugnance pour la version : « *J'ai fait*
« *autrefois, disait-il, des versions dans des bassins*
« *rétrécis, mais on ne m'y reprendra plus.* »

Desormeaux était si peu partisan de la version, qu'il ne parlait même pas de son emploi dans les cas d'angustie pelvienne.

Il dit dans le *Dictionnaire de médecine* en 30 vol. à l'article *Bassin*, t. V, 1833 :

« L'étroitesse du détroit supérieur, dans son dia-
« mètre antéro-postérieur, portée au point de ne
« laisser que 3 pouces 1/2 (95 millim.) d'écartement,
« entre l'angle sacro-vertébral et la face postérieure
« des pubis, rend déjà difficile le passage de la tête
« du fœtus, et nécessite quelquefois l'usage du forceps.
« A 3 pouces 81 millim.) d'écartement, la difficulté
« est encore plus grande, et l'usage de l'instrument
« plus impérieusement exigé; il peut même être
« insuffisant. Alors la division de la symphyse des
« pubis procure un agrandissement convenable du
« détroit. Au-dessous de ce degré de largeur, cette
« opération est encore utile, et jusqu'au point où le
« diamètre antéro-postérieur n'a plus que de

■ 2 pouces 1/2 (67 millim.) de longueur, mais au-delà
« de ce terme on ne peut guère espérer de succès de
« cette opération, et la section césarienne, ou les
« moyens proposés pour la suppléer, sont les seules
« ressources de l'art.

En 1835, Velpeau reconnaît l'utilité de la version dans les cas de déformation oblique-ovalaire, mais il ne parle pas d'une manière spéciale de la conduite à tenir dans les autres cas de vices de conformation du bassin.

Maygrier et Halmagrand, dans les *Nouvelles démonstrations d'accouchement* (1840), s'exprimait ainsi (p. 435) :

« L'application du forceps impérieusement com-
« mandée dans ces circonstances (arrêt de la tête
« au-dessus du détroit supérieur), ne doit être mise
« en usage cependant, que lorsque le détroit supé-
« rieur ne présente pas moins de 3 pouces 1/4 (81 à
« 88 millim.) de devant en arrière, et encore faut-il
« admettre que la filière osseuse n'offre pas de dif-
« formité trop apparente.

Puis, à propos de la version (p. 439) :

« L'expérience a prouvé que dans tous les cas
« d'extraction par les pieds, l'enfant courait les plus
« grands risques de périr, par suite des efforts qu'on
« est souvent obligé de faire sur la tête pour l'en-
« traîner dans l'excavation, ou même pour la dégager
« à travers les parties extérieures de la génération.
« Ce sont ces considérations, qui ont engagé depuis
« quelque temps les praticiens, à préférer dans ce

« cas l'application du forceps à l'extraction manuelle. »

Chailly, dans son *Traité pratique de l'art des accouchements*, 1845, rejette complètement la version dans les vices de conformation du bassin. Il dit (p. 642), au sujet de la présentation de la face :

« Quoiqu'un vice de conformation du bassin au « détroit supérieur n'exclut pas la terminaison spontanée de la face, on ne peut se dissimuler que cette « terminaison doit être rare, et qu'elle ne fasse « courir, quand elle a lieu, de grands risques au produit ; aussi la version pelvienne devant être proscrite « dans ce cas, M. P. Dubois conseille de ramener le « sommet au lieu de la face, quand cela est possible, « avant d'appliquer le forceps, pour éviter au produit tous les dangers d'une application, qui ne « peut être qu'irrégulière. »

Puis, au sujet de la présentation pelvienne (p. 686) :

« Ainsi, si l'on avait pu constater d'une manière « certaine, avant la rupture des membranes, que « c'est l'extrémité pelvienne qui se présente au détroit supérieur vicié, on devrait tenter de ramener « le sommet au lieu du siège. M. Colombe m'a dit « avoir souvent réussi dans des cas semblables. »

Il limite, comme la plupart des modernes, l'action du forceps à 8 centimètres, lorsque l'enfant est à terme. Il croit que son emploi est dangereux, lorsque le diamètre conjugué n'atteint pas 8 centimètres.

Jacquemier avait la version en horreur dans les

cas d'angustie pelvienne. On peut s'en convaincre par le passage suivant extrait de son *Manuel d'accouchements*, 1846 (t. II, p. 360) :

« La tête peut être retenue à l'entrée du bassin par
« un défaut de proportion entre les parties. On a
« d'abord à s'enquérir, si ce défaut de proportion est
« de nature à pouvoir laisser passer la tête ou lui
« apporter un obstacle absolu. Dans le premier cas,
« si l'on est conduit à terminer l'accouchement arti-
« ficiellement, *ce n'est point à la version, mais au*
« *forceps* qu'il faut avoir recours. Les inconvénients
« du premier moyen et les avantages du second, ont
« frappé l'esprit de la plupart des praticiens, au point
« que ceux qui repoussent la version céphalique, se
« montrent disposés à l'accepter dans ce cas. Sup-
« posez qu'un fœtus dont la tête ne pourrait être
« expulsée que par l'action prolongée de l'utérus, ou
« entraînée qu'avec grande peine, à l'aide du forceps,
« à cause de ses rapports trop exacts avec le détroit
« supérieur, soit ramené par les pieds, les mêmes
« difficultés vont se rencontrer dans un moment où
« quelques minutes de retard suffisent pour le faire
« mourir. »

Puis il ajoute :

« *N'est-ce pas le vouer volontairement, presque aussi*
« *sûrement à la mort, que si on lui avait plongé le per-*
« *forateur dans le crâne ?* »

Jusqu'ici, nous n'avons rencontré parmi les accoucheurs que Burton, M^{me} Lachapelle et Dugès, son neveu, qui fussent partisans de la version dans les cas

de vices de conformation du bassin. Sauf quelques-uns, n'ayant pas de ligne de conduite bien tracée à ce sujet, tous les autres préféraient appliquer le forceps, lorsque l'accouchement ne se fait pas spontanément; beaucoup même, lorsqu'ils avaient affaire à une présentation pelvienne ou à une présentation de l'épaule, allaient jusqu'à tenter de ramener la tête au détroit supérieur. En 1847, Simpson fit paraître un *Traité d'accouchements* traduit par Chantreuil (1873), dans lequel, se basant sur quelques observations empruntées à Smellie, les unes ayant trait à des présentations pelviennes, les autres à des versions podaliques faites pour des présentations de l'épaule, il tend à prouver que la version présente de sérieux avantages sur le forceps. Il compare le crâne du fœtus à un tronc de cône, qui s'engagerait à la façon d'un coin par la partie inférieure et la plus étroite dans le détroit supérieur rétréci. Les tractions faites sur le corps du fœtus forceraient la tête à s'adapter de façon à mettre le plus étroit des diamètres transverses du crâne, le bi-téporal au lieu du diamètre bi-pariétal, suivant le diamètre du rétrécissement maximum du détroit pelvien. La base du cône représentée par les bosses pariétales, qui forment la partie la plus large, mais aussi la plus compressible du crâne, serait ensuite réduite plus facilement au volume requis pour son passage à travers un bassin rétréci, que lorsqu'elle se présente la première comme dans les présentations du sommet. Nous exposerons toute la théorie de Simpson sur ce sujet dans un article, où nous faisons

la comparaison entre les principaux avantages et inconvénients du forceps et de la version.

Les idées de Simpson eurent un grand retentissement en Angleterre, puis en Allemagne, où elles sont généralement acceptées. En France, la version fut mal accueillie. Cependant Cazeaux l'adopta, et de nos jours elle compte quelques partisans.

En 1853, Nœgelé dans son *Manuel d'accouchements*, traduit par Jacquemier, s'exprime ainsi, p. 337 :

« L'indication de terminer artificiellement l'accouchement se présente donc déjà assez souvent à ce premier degré de rétrécissement du bassin. C'est le forceps qui convient, et qui doit être préféré lorsque l'enfant se présente par le sommet... L'indication de terminer l'accouchement par la version se présente donc dans un certain nombre de cas, on peut même être conduit à la préférer, ou forcé d'y avoir recours dans quelques cas de présentation de la tête (oblique, ovalaire, positions de la face en mento-postérieures persistant à rester en arrière). »

C'est en se basant sur l'observation clinique, que Mac'Clintoch se prononce en faveur de la version ; onze femmes dont il rapporte les observations, présentaient un rétrécissement peu considérable. Elles ont eu ensemble 63 enfants, dont 53 p. 100 extraits vivants par la version, et 38 p. 100 par d'autres moyens, les uns par le travail naturel, les autres par le forceps, pour quelques-uns même la craniotomie fut nécessaire. Malgré ce résultat, il note que la plupart des accouchements par le sommet ont été spon-

tanés, tandis que dans les cas de version, il a fallu employer chaque fois la force, quelquefois même ce n'est qu'après des efforts considérables, qu'on put faire descendre la tête dans l'excavation ; dans un cas on dut faire la perforation du crâne et employer le crochet avant d'y arriver.

Il dit aussi dans le *Obstetrical transactions*, 1863, t. IV :

« Je ne crois pas, dit-il, que la tête se place mieux
« par rapport au bassin, et jusqu'à ce soit démontré
« par des expériences directes, je ne puis croire que
« la tête soit plus compréhensible, quand elle se présente par la base que lorsqu'elle se présente par le
« sommet. »

Barnes dans ses *Leçons sur les opérations obstétricales* traduites par le Dr A. E. Cordes (1873), parle longuement sur les rétrécissements du bassin, et préconise la version, bien qu'il fasse quelques réserves en faveur du forceps :

« N'ayant pas, dit-il, de notions précises sur l'état
« et le volume de la tête, quand elle est encore au-dessus du détroit supérieur, nous sommes donc
« autorisés à essayer le forceps avant d'en venir à la
« version, qui est plus hasardeuse pour l'enfant, ou
« la craniotomie qui le sacrifie. »

Il dit à propos des indications de la version (p. 215) :

« L'opération est donc justifiée dans les cas, qui
« permettent le passage d'un enfant mort ; c'est la
« limite d'application de la version. Si donc, nous
« pouvons déterminer dès l'abord, les conditions qui

« se présentent à nous, nous n'irions pas plus loin.
« Mais si calculant sur une tête de grosseur moyenne,
« nous avons affaire à une tête volumineuse et très
« ossifiée, nous nous trouvons dans un embarras,
« dont nous ne pourrions nous tirer que par la perfo-
« ration. Il faut alors nous avouer vaincus, si nous
« battons en retraite, mais notre justification est que
« nous n'exposons pas la mère plus que ceux qui ne
« tentent pas la version ; nous avons essayé de faire
« plus, sauver l'enfant. »

Il tend à prouver ensuite qu'il n'y a pas de sérieu-
ses difficultés, ni de grands dangers à perforer le
crâne après la version.

Il ajoute plus loin :

« Je ne puis établir, ni même estimer la propor-
« tion d'enfants sauvés ou perdus par la version.
« L'opération est suffisamment justifiée, si nous sau-
« vons un enfant de temps en temps. Je crois cepen-
« dant qu'avec de l'adresse, et en choisissant avec
« soin les cas, on peut sauver plus de la moitié des
« enfants. Sauver un enfant sur vingt est bien quel-
« que chose de mieux que de *les sacrifier tous de*
« *propos délibéré.* »

Les partisans du forceps ne sacrifient pas l'enfant
de propos délibéré. Ils ne le font que lorsqu'ils
jugent que la version ne réussira pas mieux que le
forceps.

Il ajoute p. 249 :

« Dans plusieurs cas, j'ai été appelé pour un
« accouchement empêché, dans lequel la tête était

« arrêtée au détroit supérieur par un léger rétrécissement du diamètre conjugué. La nature avait échoué; la *vis a tergo* était insuffisante. J'essayais le long forceps à double courbure, pour voir ce que pourraient une compression modérée et une traction forte et soutenue pour faire passer la tête; j'échouais, je faisais la version, et la tête venant à base première sortait *aisément*. Dans ce cas, il n'y a pas de méprise possible, et je crois que cette facilité relative s'explique aisément. »

Enfin, il dit au sujet de l'accouchement prématuré p. 223 :

« Selon moi, une des plus utiles applications de la version, est la terminaison par cette opération de l'accouchement prématuré, quand le diamètre conjugué mesure 69 à 88 millimètres.

« Il faut, de plus, avoir présomption de la vie de l'enfant.

« Les contre-indications sont : 1° un diamètre conjugué inférieur à 76 millimètres. » Il vient de dire, deux lignes plus haut, que la version est indiquée à partir de 69 millimètres ;

« 2° Une application exacte de l'utérus sur l'enfant qui se rapproche ainsi de la forme globulaire ;

« 3° L'engagement de la tête fixe au détroit supérieur ;

« 4° L'épuisement marqué ou un état de prostration de la mère ;

« 5° La mort du fœtus. »

Playfair, dans son *Traité pratique de l'art des*

accouchements, traduit par le docteur Vermeil, dit, p. 534, au sujet des vices de conformation du bassin :

« On peut, je crois, admettre que l'accouchement
« est souvent possible par la version lorsque le
« forceps et les forces naturelles ont échoué, alors
« qu'il ne reste plus d'autres ressources que la mutilation de l'enfant...

« La question la plus difficile à décider est de
« savoir si l'on choisira la version primitivement.
« Mon avis personnel est que, en général, on doit
« donner la préférence au forceps, excepté peut-être,
« lorsque la tête refuse de s'engager au détroit supérieur, et qu'elle ne peut être assez immobilisée
« par la compression externe, pour permettre l'application facile de l'instrument. Dans ces circonstances, je préfère décidément la version, elle
« est plus simple et plus sûre comme opération, et
« l'engagement de la tête au détroit supérieur retréci
« peut être très facilité par une forte compression
« abdominale, ainsi que l'a démontré Goodell. »

H.-F. Noegelé et W.-L. Grenser, dans leur *Traité de l'art des accouchements*, 1880, donnent la préférence au forceps, p. 556 :

« Les résultats beaucoup plus avantageux de la
« présentation crânienne (dans les rétrécissements
« modérés), comparée à celle de l'extrémité inférieure
« du tronc; les grands dangers qui menacent le
« fœtus dans ce dernier cas, chaque fois qu'il faut
« accélérer l'accouchement, ne permettent pas de

« douter des *avantages marqués qu'offre, en général,*
« *le forceps sur l'extraction manuelle, précisément dans*
« *les cas d'angustie pelvienne...* Pour nous, nous ne
« donnons la préférence à la version, que lorsque des
« accouchements antécédents ont démontré, que
« l'état du bassin ne peut faire attendre de l'usage
« du forceps, que des suites fâcheuses pour le
« fœtus.

« Enfin, la version pelvienne peut quelquefois être
« plus avantageuse que l'application du forceps
« dans le cas de bassins rétrécis d'un seul côté (par
« exemple : l'oblique ovalaire.) »

Mathews Duncan ne se prononce pas :

« La rivalité entre l'extraction par les pieds ou
« bien à l'aide du forceps, dans les cas de rétré-
« cissements du bassin, existe depuis longtemps,
« dit le professeur Mathews Duncan, mais aujour-
« d'hui encore la lutte est aussi vive que jamais. Les
« combattants se font de chaque côté une guerre de
« mots inutiles et vaine. La question est, il est vrai,
« très difficile, mais ce n'est pas avec des hypothèses
« ingénieuses ou des théories habiles qu'on par-
« viendra à la résoudre ; l'observation clinique, les
« recherches expérimentales et la statistique, pour-
« ront seules permettre d'arriver à une solution
« définitive. »

En Allemagne, les partisans de la version sont
aussi assez nombreux. Nous voyons Schröder, aller
jusqu'à conseiller la version pelvienne par manœuvres

externes, afin de produire une présentation pelvienne.

Il y a 50 p. 100 d'enfants vivants par cette méthode, et il conclut en ces termes :

« 1° Même dans les cas de rétrécissement prononcé, on peut espérer par la version avoir un enfant vivant ;

« 2° La version est plus favorable pour l'enfant, que l'accouchement par le sommet ;

« 3° La version est plus favorable pour la mère que le forceps ;

« 4° La pression momentanée, même très énergique, est moins grave pour la mère et l'enfant, qu'une pression continue et persistante. »

Selon Scharlan, l'accouchement par le sommet serait défavorable, parce qu'il est de trop longue durée, et que si l'on est obligé d'intervenir par une application de forceps, la compression de la tête et du cerveau fait naître les enfants dans le coma. La version, au contraire, qui permet un engagement plus facile de la tête, présente les avantages suivants :

« 1° La version permet de sauver des enfants, qui auraient succombé rien que par la durée de l'accouchement ;

« 2° Le raccourcissement dans le petit diamètre du bassin peut descendre jusqu'à 7 cent. 1/2, et cependant la version peut encore réussir même avec des enfants à terme et bien développés ;

« 3° La compression peut s'exercer, non seulement

« sur le diamètre bi-temporal, mais même sur le
« bi-pariétal, et être suffisante pour permettre le
« passage d'un enfant vivant et à terme, dans un
« bassin de 7 cent. $1/2$;

« 4° Dans la version pratiquée avec une présen-
« tation du sommet, il est avantageux, mais pas
« indispensable, que le *diamètre transverse* du bassin
« soit assez grand, pour que la partie large de l'oc-
« ciput puisse passer près du promontoire. »

En 1868, Fuhmann conseille la version dans les bassins partiellement rétrécis, la rejetant dans les bassins régulièrement et généralement rétrécis, dans ceux irrégulièrement et généralement rétrécis, et dans les bassins à rétrécissement transversal.

Cohnstein dit que : 1° dans les rétrécissements moyens, le passage de la tête venant la dernière, devient plus facile, parce les parois osseuses fœtales et maternelles présentent plus de points de contact ; ce qui favorise l'accommodation du crâne, et l'évacuation du liquide céphalo-rachidien ;

2° Mais lorsque la tête vient la dernière, *la vie de l'enfant se trouve plus compromise*, parce que, par suite du refoulement plus facile et relativement plus considérable du liquide céphalo-rachidien dans le canal rachidien, le cerveau se trouve à son tour plus fréquemment compromis.

Néanmoins, comme il considère la vie de la mère comme plus importante que celle de l'enfant, et l'application de forceps comme plus dangereuse pour

elle que les tractions faites sur le tronc, il conseille de pratiquer la version.

Kristeller pense que lorsque le diamètre transverse est suffisamment grand pour permettre à l'occiput de se placer le long du promontoire, la version est préférable. Il la préconise aussi dans les cas de bassin oblique ovalaire.

Hecher et Spiegelberg préfèrent aussi la version au forceps.

Martin, de Berlin (1867), dit que :

« La compression peut être appliquée sans danger
« pendant plusieurs heures sur le vertex, mais elle
« ne saurait l'être plus de cinq minutes sans devenir
« fatale, lorsqu'elle s'exerce sur des points essentiels,
« vers la base du cerveau comme après la version. »

Franke rejette la version et conseille le forceps.

Otto de Hasebberg, tout partisan qu'il est de la version, constate qu'on ne peut pas toujours amener l'occiput dans la partie large du bassin. Sur 14 cas de versions pratiquées par lui, 6 fois la tête s'est placée en sens inverse de sa volonté.

Ebell n'a recours à la version que quand il y a des complications.

Borinsky donne la préférence au forceps et réserve la version pour les cas où il y a déviation anormale exagérée de la tête, présentation de la face, du front, ou procidence du cordon ou d'un membre.

Schatz dit avoir de plus beaux résultats par la version que par le forceps.

Seanzoni donne la statistique de la Maternité de

Wurzburg, du 1^{er} novembre 1850 au 1^{er} novembre 1881, très favorable au forceps, et il ajoute :

« Si l'on voulait admettre l'opinion que la version
« dans les rétrécissements du bassin est d'une façon
« générale préférable au forceps, il faudrait toujours
« la pratiquer à une époque relativement peu avancée
« de l'accouchement, alors que la tête est encore
« mobile. Or, s'il est vrai que dans la clientèle privée,
« on est souvent appelé auprès de la parturiente, trop
« tard pour que la version soit encore praticable, que
« dans les rétrécissements du bassin la dilatation se
« fait souvent très lentement, et qu'il faut tenir compte
« de cette dilatation du col qui ne devient suffisante
« pour permettre la version, qu'alors que la tête est
« fixée solidement sur ou dans le détroit supérieur ;
« il ne faut pas non plus oublier que, si l'on pratique
« la version à une époque moins avancée de l'accou-
« chement, on peut se priver volontairement de la
« possibilité de la terminaison spontanée de cet accou-
« chement, terminaison que l'on voit encore se pro-
« duire assez souvent, et dans des cas où cette termi-
« nation spontanée semblait de prime abord impos-
« sible.

Ahlfeld rejette la version, il attend le plus longtemps possible l'accouchement spontané, et n'a recours au forceps, que lorsqu'il est absolument sûr que la terminaison naturelle est impossible.

Lowenhard considère la version comme la méthode souveraine d'extraction dans les cas de rétrécissement du bassin, mais il dit qu'il n'est pas possible de

donner à la tête une situation régulière ; sur 9 cas où il a essayé, il n'a réussi que 2 fois ; 5 fois il a dû après la version, extraire la tête avec le forceps.

Il dit, qu'on ne doit pas compter sur l'accouchement prématuré, parce que trop de conditions s'y opposent ; il faut absolument intervenir.

Il n'admet le forceps que :

« 1° Lorsque le bassin est assez large pour permettre le passage de l'enfant, sans que l'on soit obligé de réduire son volume. Sans cela il vaut mieux avoir recours de suite à cette dernière opération ;

« 2° Lorsque l'enfant est vivant ;

« 3° Lorsque l'enfant se présente par le sommet, et qu'il n'est pas trop volumineux. Mais qu'il s'agisse du forceps ou de la version il faut que le bassin ait au moins 7 cent. 1/2. »

Il s'appuie pour expliquer sa préférence, sur des statistiques qui n'indiquent que vaguement le degré du rétrécissement, sans tenir compte de la forme et de la variété du rétrécissement,

Goodell conseille la version à terme :

« Si le rétrécissement est léger, dit-il, on essaye une ou plusieurs applications de forceps. Si on n'a pu avec son aide, engager la tête de l'enfant au détroit supérieur, il faudra avoir recours à la version ; dans les bassins où le conjugué mesure de 7 à 8 centimètres, il faut d'emblée faire la version. J'allie de vigoureuses tractions sur le tronc à l'expression de Kristeller. »

Alexandre Milne emploie la version, mais combinée à l'accouchement prématuré, provoqué plus ou moins longtemps avant le terme, suivant le degré du rétrécissement.

Malgré les travaux de Simpson et des partisans de la version, elle n'était acceptée par personne en France. Cazeaux est le premier qui en parle favorablement dans son *Traité d'accouchements* de 1858, p. 1028.

« Tout en tenant compte, dit-il, des faits observés
« par l'illustre sage-femme (M^{me} Lachapelle), tout en
« admettant, avec les accoucheurs anglais, que la
« compression est moins nuisible pour le fœtus
« quand elle s'exerce sur les côtés de la tête que
« lorsqu'elle tend à réduire le diamètre occipito-
« frontal, nous avouons ne pas partager leur préfé-
« rence, lorsque le sommet de la tête se présente en
« position favorable. L'arrêt de la base du crâne au-
« dessus du rétrécissement, l'extension possible de la
« tête, le tiraillement que forcément les tractions
« faites sur le tronc feront subir à la région cervi-
« cale, la compression possible du cordon ombilical
« pendant tout le temps nécessaire à l'extraction de
« l'enfant, sont en effet pour ce dernier des conditions
« très défavorables, et malheureusement fort à crain-
« dre pendant la version podalique. Mais lorsqu'avec
« un rétrécissement de 8 centimètres, coïncide une
« présentation défavorable comme celle de la face,
« ou du tronc, et qu'avant d'appliquer le forceps, il
« faudrait d'abord opérer la version céphalique, ou
« lorsque le sommet de la tête se présentant, celle-ci

« est placée de telle façon que son diamètre longitu-
« dinal répond au diamètre rétréci, nous sommes de
« leurs avis, et préférons la version à l'application de
« l'instrument.

« Lorsque le bassin n'offre que 7 à 8 centimètres
« dans son diamètre antéro-postérieur et que l'en-
« fant, encore vivant, est placé dans les conditions
« que nous venons d'indiquer, nous croyons que la
« version est préférable. »

Si après plusieurs tentatives infructueuses faites avec le forceps sur une tête défavorablement placée, on entend distinctement et régulièrement les battements du cœur il faut, si le bassin a au moins 7 centimètres, tenter la version pelvienne avant d'en venir à la craniotomie.

Plus loin il ajoute :

« Inutile de rappeler la distinction importante
« que nous avons établie pour les bassins obliques
« ovalaires où la version sera la règle. »

Joulin présente en 1865 un mémoire intitulé :

De la version pelvienne, de ses avantages et de ses inconvénients et de l'application du forceps dans les cas de rétrécissement du bassin, à l'Académie de Médecine, qui lui décerne le prix Caparon pour ce travail. Après avoir étudié avec beaucoup de détails l'historique de la question, il réfute les principaux arguments de la théorie de Simpson sur les bassins rétrécis. Il expose ensuite les résultats de ses expériences qui sont en faveur du forceps, et il ajoute :

« La version envisagée au double point de vue de

« la théorie et des observations cliniques, est donc une
« opération mauvaise dans les rétrécissements du
« bassin, et qu'il faut effacer de la pratique, excepté
« cependant dans les cas du bassin oblique ovalaire
« où elle est parfaitement indiquée et préférable à
« l'application du forceps. »

Bailly rejette aussi complètement la version : Nous extrayons ce passage de sa thèse d'agrégation sur *l'emploi de la force dans les accouchements*, 1866 :
« Des faits cliniques rigoureusement observés appren-
« dront seuls, dans la suite, si l'extraction de l'enfant
« par les pieds est dans ces conditions, (rétrécisse-
« ment du bassin), plus facile ou moins dangereuse,
« ainsi que l'ont avancé d'illustres accoucheurs. Je
« suis, quant à moi, disposé à croire le forceps préfé-
« rable quand on a le choix des deux opérations.

Il est non moins affirmatif dans son article *sur les bassins rétrécis* du dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratique 1866 :

« Jusqu'à 8 centimètres, dit-il, on l'observe quel-
« quefois (l'accouchement spontané), mais le plus
« souvent l'accoucheur est obligé d'intervenir d'une
« manière chirurgicale. Le forceps est la première
« ressource dont il faille user.

Il ne veut pas avoir recours à la version, à moins que l'avenir et une observation persévérante ne lui donnent gain de cause.

« Jusque là nous croyons qu'on doit suivre la pra-
« tique de la majorité des accoucheurs français, et

« faire l'emploi du forceps la méthode générale de la
« délivrance dans les rétrécissements du bassin. »

En 1870, Stoltz dit à l'article *Dystocie* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique* :

« Tous ceux qui sont familiarisés avec l'application
« du forceps, et qui ont eu également l'occasion de
« faire un certain nombre de fois l'extraction du
« fœtus par les pieds, répondront qu'il doit être plus
« facile d'extraire la tête à travers un bassin rétréci,
« au moyen du forceps, qu'en tirant sur le tronc du
« fœtus...

« Le forceps doit donc être préféré, règle générale,
« à la version suivie de l'extraction par les pieds dans
« les cas d'étroitesse pelvienne. »

Il dit ensuite, que si la version doit être préférée dans certains cas aux instruments mécaniques, ces cas sont bien *bien rares*. Il est difficile de reconnaître les bassins dits obliques, difficile aussi de faire passer telle extrémité de la tête dans tel côté du bassin choisi à l'avance, bien que la chose soit quelquefois possible.
« En général, l'extraction du fœtus par les pieds est
« plus dangereuse pour lui que son extraction par
« la tête, et le forceps dont on a voulu éviter l'usage
« devient encore souvent nécessaire quand la tête
« vient la dernière, et est alors d'une application
« beaucoup plus difficile. »

Selon Depaul, l'extraction du fœtus par la version peut réussir, lorsque le forceps a échoué pour un rétrécissement ostéomalacique, ou pour le bassin

oblique-ovalaire : Article *Bassin* du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales* (1876).

Dans aucun autre cas d'anguste pelvienne, il ne fait la version. Dans les cas de présentation de la face en mento-postérieure, si la rotation ne se fait pas et qu'il devienne nécessaire d'agir, on devra chercher à fléchir la tête, et à transformer la présentation de la face en présentation du sommet. Si on n'arrive pas à changer la présentation, on appliquera le forceps et l'on tâchera de ramener le menton en avant.

Dans le cas de présentation de l'extrémité pelvienne ou de la présentation de l'épaule, il faut tenter de ramener la tête au détroit supérieur, lorsque l'enfant est vivant.

Lorsque le bassin a de 7 cent. $1/2$ à 9 centimètres et au-dessus, il faut dans la présentation du sommet laisser agir les efforts naturels, sans toutefois aller trop loin, soit pour la mère, soit pour l'enfant. Puis, on appliquera le forceps ordinaire, et si une première tentative est infructueuse, on devra y recourir une ou plusieurs fois, à une ou plusieurs heures d'intervalle... Ce qui doit d'ailleurs encourager dans cette manière de faire, *c'est qu'il ne reste plus que l'expectation ou l'intervention par des opérations beaucoup plus graves qui supposent le sacrifice de l'enfant.*

« Dans les bassins qui auront 7 cent. $1/2$ au plus,
« et au moins 6 centimètres, les chances de salut pour
« l'enfant iront nécessairement en diminuant à
« mesure qu'on s'approchera de la limite la plus
« inférieure, et alors se présentera la question de

« l'opération césarienne, ou de l'embryotomie, après
« avoir, toutefois, essayé inutilement l'application du
« forceps. »

Dans ces cas, Depaul n'espérait rien de la version, car après avoir avoué qu'il tient beaucoup en considération la vie de l'enfant et qu'il fait tout pour le sauver, si cependant plusieurs tentatives d'extraction par le forceps sont restées sans résultat, il n'hésite pas à recourir à la craniotomie, même lorsque l'enfant est encore vivant.

Bouchacourt, préconise la version dans les rétrécissements moyens : Article *Dystocie* du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales 1885* : « Si la
« tête, dit-il, est élevée, nullement engagée, la ver-
« sion facile, ou seulement possible, on pourra la
« tenter avec un bassin de 9 centimètres à 8 cent.
« 5 millimètres, à 8 centimètres même (?). Mais on
« ne doit guère y songer au-dessous. A 9 centimètres
« et au-dessus, mieux vaut la présentation crânienne,
« car l'accouchement naturel est très probable ou
« du moins très possible, l'extraction avec le forceps
« deviendra facile...

« Tant qu'on ne descend pas vers les diamètres de
« 75 à 70 millimètres *a fortiori* et que l'enfant est
« vivant, on doit tout faire pour le conserver. S'il a
« succombé, on songera sans tarder à la perforation
« et à la céphalotripsie.

« S'il est certainement vivant, déjà à ce degré
« l'opération césarienne est indiquée, à plus forte

« raison en descendant vers 5 centimètres et au-dessous.

« Lorsque le fœtus est mort, la version est incontestablement supérieure. »

Delore dans son *Traité pratique de l'art des accouchements*, p. 440, préfère employer la version. Toutefois il reconnaît, que le temps d'arrêt que subit la tête, au moment où elle franchit le détroit supérieur, constitue un danger tellement sérieux pour la vie du fœtus, que les praticiens seront toujours partagés sur la question de l'opportunité de la version dans les cas de rétrécissement, lorsque l'enfant est vivant.

Partisan du forceps dans les rétrécissements du bassin, Fochier pense qu'il faut y recourir en pratique toutes les fois que la tête est fixée, quelle que soit sa position, transversale ou oblique, fléchie ou défléchie.

Si la tête n'est pas fixée, il se laisse guider par la théorie, et applique le forceps, lorsque la portion utilisable du détroit supérieur est assimilable à un bassin rétréci dans tous ses diamètres. Il fait la version lorsque cette portion est assimilable à un bassin aplati, en la maintenant aussi pour les bassins obliques ovalaires.

Hyernaux de Bruxelles dit dans son *Traité d'accouchements* 1866, que si l'accouchement spontané ne se fait pas il faut avoir recours au forceps et au levier, et s'ils échouent pratiquer l'embryotomie.

Waisseige de Liège s'exprime ainsi dans son *Traité des opérations obstétricales* 1881 (p. 202) :

« Dans ces cas (rétrécissements modérés) nous
« avons toujours recours à la version, lorsque ayant
« affaire à une multipare, la tête est mobile, parce
« que alors, les parties molles offrant moins de
« résistance, permettent d'extraire le fœtus par la
« version, assez rapidement pour qu'il ne subisse pas
« de compressions fâcheuses.

« Si la tête est fixée, nous employons le forceps;
« mais avec prudence, c'est-à-dire que nous ne faisons
« jamais de tractions assez fortes pour contusionner
« les parties molles du bassin, si la tête ne peut fran-
« chir le rétrécissement.

« Enfin la mort de l'enfant, lorsque les parties sont
« bien préparées indique l'emploi du forceps. »

Budin publie dans sa thèse intitulée *de la tête fœtale au point de vue de l'obstétrique*, 1876, des recherches expérimentales, sur les différences de tractions nécessaires pour faire passer à travers des bassins rétrécis des fœtus à terme et avant terme, selon que ces tractions sont faites sur la tête, ou s'exercent sur les pieds. Après avoir noté que la version à terme exige des efforts plus considérables que l'application du forceps, et qu'elle occasionne souvent des lésions importantes du crâne et un arrachement des vertèbres cervicales, il conclue ainsi :

« Donc à terme, le forceps est préférable dans les
« rétrécissements de 7 à 8 cent. $\frac{1}{2}$ que nous avons
« étudiés...; dans les rétrécissements au-dessous de
« 7 centimètres, la version semble ne devoir point

« permettre la sortie d'un fœtus à terme vivant ou
« viable.

« Au contraire, les expériences faites sur des fœtus
« nés *avant terme*, surtout vers le septième mois de
« la vie intra-utérine, expériences faites dans un
« bassin beaucoup plus rétréci, mesurant de 4 c. 1/2
« à 7 centimètres, nous ont donné les résultats sui-
« vants :

« La traction est toujours moindre, lorsqu'on fait
« la version et beaucoup plus considérable, lors-
« qu'on emploie le forceps ; et l'application du forceps
« ne paraît réussir que si la tête étant en position
« transversale, on la saisit fléchie, du front à
« l'occiput.

« Parfois il n'y a pas d'enfoncement du crâne à la
« suite de la version d'autrefois, au contraire, mais
« beaucoup moins souvent que dans les cas de la
« première série, il y a une dépression ou un léger
« enfoncement d'un des pariétaux. Il semble donc
« que le précepte formulé par Barnes soit exact :
« Quand le diamètre conjugué est rétréci, la version
« est le complément obligé de l'accouchement pré-
« maturé à 7 ou 8 mois. »

Chantreuil n'accepte pas la version. Il dit dans le
Traité de Simpson qu'il a traduit en français (1873),
en parlant de Joulin : « Quant aux preuves cliniques
« il les trouve également insuffisantes et comme nous,
« il ne reconnaît pas aux observations publiées par
« l'auteur, un degré d'exactitude suffisant pour en-

« traîner la conviction en faveur de la méthode préconisée par le professeur d'Edimbourg. »

Selon Danyau, on ne doit pas employer la version dans les rétrécissements du bassin. On doit avoir recours au forceps et au céphalotribe, sauf dans les cas de déformation oblique ovalaire.

Guéniot rejette aussi la version dans les rétrécissements moyens.

Pinard dans son cours d'accouchements de l'année scolaire 85-86, conseille de n'employer que le forceps et de tâcher de saisir la tête de façon à ce que les cuillers soient appliquées sur les deux oreilles.

Charpentier (*Traité d'accouchements*, 1883 (t. II, p. 207), après avoir longuement exposé les diverses opinions émises sur ce sujet, nous donne les conclusions suivantes :

« Quant au procédé à employer dans les rétrécissements moyens du bassin, ce sont les expériences de Budin et de Champetier qui semblent devoir servir de guide aujourd'hui. »

« Toutes les fois que l'on aura affaire à une femme à terme, c'est le forceps qui devra avoir la préférence. »

« Toutes les fois, au contraire, que le fœtus sera avant terme, la version. »

Enfin, M. le professeur Pajot, se basant sur sa longue expérience, en tire cette déduction : « Quand j'ai la tête, je n'ai peur de rien, mais quand on ne l'a pas on fait comme l'on peut. » (Clinique d'accouchements année 85-86.)

SIGNES ET DIAGNOSTIC

Les vices de conformation du bassin se reconnaissent à l'aide des *signes de probabilité* et des *signes de certitude*.

SIGNES DE PROBABILITÉ

Les mauvaises conformations du bassin étant presque toujours le résultat de maladies générales, parmi lesquelles le rachitisme occupe incontestablement le premier rang, ou de lésions du bassin et des membres inférieurs, nous porterons nos investigations surtout de ce côté.

Lorsque l'on veut déterminer, si une femme est bien conformée, il faut d'abord s'informer de l'état de la marche dans les premières années de l'existence. Si elle a été tardive et difficile, si elle a été interrompue et que l'enfant ait dû garder le repos horizontal pendant un certain temps, si les articulations ont été grosses, tuméfiées, qu'elle ait été *nouée*; on devra en conclure que le rachitisme a existé chez elle et que son bassin est vraisemblablement vicié. On aura aussi de précieux renseignements par l'examen du squelette : la figure présente généralement cet aspect particulier que M. Pajot a appelé

l'air de famille, la tête est généralement plus volumineuse, les bosses frontales sont saillantes. Il y a du prognathisme de la face, les yeux sont déviés, les dents présentent des altérations diverses dues à un arrêt de nutrition ; elles peuvent être atrophiées, striées transversalement, présenter des échancrures au niveau de leur bord libre, etc. (dents d'Hutchinson). Le sternum saillant et les articulations chondro sternales, également saillantes : forme dite en chapelet, font ressembler la poitrine à celle d'un oiseau ; la taille est petite, les membres inférieurs incurvés (tibia, fémurs) ; les bras, les poignets, les doigts sont courts, incurvés, renflés à leurs extrémités ; la colonne vertébrale est déviée. Il ne faudrait pas croire cependant qu'à l'intensité de ces déformations correspondent des vices de conformation du bassin d'égale intensité, bien que souvent cette loi soit vraie ; il y a, en effet, des femmes excessivement contrefaites qui ont le bassin peu touché et accouchent très facilement, tandis que d'autres, ayant des membres inférieurs à peine déformés ont des rétrécissements très prononcés du bassin.

Lorsque les déformations du bassin se sont produites peu de temps après la naissance, nous voulons entendre ici, surtout celles de la colonne vertébrale, elles sont presque toujours le fait du rachitisme, tandis que si elles apparaissent, plus tard, vers l'âge de la puberté, le bassin, qui a déjà acquis presque son entier développement, peut n'être pas vicié.

Dans ce dernier cas, la femme ne se présente pas

sous le même aspect ; en dehors de la déformation de la colonne, le reste du squelette est à peu près normal ; les membres supérieurs et inférieurs droits et longs paraissent disproportionnés à cause de l'affaïssement du thorax ; ils sont, de plus, généralement grêles et les doigts sont effilés. La femme rachitique, au contraire, à presque toujours la taille petite, les membres courts, incurvés, comme renflés à leurs extrémités, la tête est grosse, le front saillant ; en un mot, tous les os ont subi un arrêt de développement et des déformations, qui donnent à ces femmes un aspect caractéristique.

Lorsque l'on aura fait cet examen, on devra ensuite rechercher, si le bassin présente les caractères habituels, si les hanches sont saillies et sont plus amples que le thorax, si les crêtes iliaques sont de niveau et les grands trochanters suffisamment écartés, non situés trop en arrière ou trop en avant. Si la symphyse du pubis est rétrécie, aplatie, trop saillante ou trop longue ; si les ischions sont trop rapprochés, si le sacrum n'a pas sa direction normale, qu'il soit trop courbe ou trop aplati, si l'angle, que forme en arrière l'union de la dernière vertèbre lombaire est trop peu ou trop enfoncée, qu'il y ait ensellure ; si le coccyx a une mauvaise direction ou que l'une ou les deux fesses soient aplaties, on devra soupçonner un vice de conformation du bassin.

Il en est de même lorsque l'un des membres inférieurs est plus court que l'autre, que ce soit par suite de luxation coxo-fémorale congénitale, de paralysie in-

infantile, de fracture, d'une amputation, ou d'une courbure exagérée produite par un état particulier, (chute, action musculaire); lorsque en un mot il y a eu claudication dans le jeune âge, le centre de gravité du corps change, les os du bassin ramollis se déforment, s'inclinent, se tordent par suite de la pression qu'exerce la tête du fémur sur l'os iliaque, du côté où existe la boîterie. Mais si ces déformations des membres inférieurs se sont produites lorsque le bassin a acquis son entier développement elles ne modifient généralement pas sa conformation.

Nous signalerons un dernier caractère très important tiré de la femme enceinte lorsqu'elle approche du terme de sa grossesse, c'est la proéminence de l'abdomen due à ce que l'utérus ne peut descendre dans le bassin; d'où pas d'engagement possible pour la tête fœtale. Dans ce cas, il n'y a rien dans l'excavation, et la tête ne s'engage qu'au moment du travail.

SIGNES DE CERTITUDE

Pour acquérir des signes certains sur la conformation du bassin, il faut en faire l'examen direct; qui seul peut faire reconnaître avec exactitude la forme, le siège et le degré du rétrécissement. Ces explorations sont faites à l'aide des pelvimètres, soit à l'extérieur, pelvimétrie externe, soit à l'intérieur pelvimétrie interne.

Nous nous bornerons à étudier de quelle façon on

arrive à reconnaître les retrécissements du détroit supérieur et surtout du diamètre antéro-postérieur, qui, de tous les retrécissements, est de beaucoup le plus fréquent. Il nous intéresse directement, au point de vue de la conduite que nous aurons à tenir, pendant l'accouchement.

La pelvimétrie externe se fait au moyen d'instruments, parmi lesquelles nous ne citerons que le compas d'épaisseur de Baudelocque. Il consiste en deux tiges métalliques recourbées en demi-cercle, et terminées par des boutons destinés à s'appliquer aux extrémités des diamètres du bassin que l'on veut mesurer ; une échelle graduée, adaptée à l'une des tiges et traversant l'autre marque le degré exact d'écartement des boutons. Pour déterminer la longueur du diamètre sacro-pubien, il faut appliquer un des boutons sur l'apophyse épineuse de la cinquième vertèbre lombaire, et l'autre sur l'extrémité supérieure de la symphyse du pubis. Mais comme la longueur ainsi obtenue comprend, outre le diamètre conjugué du bassin, l'épaisseur du sacrum et celle de la symphyse du pubis, il faut en faire la déduction. Malheureusement, cette dimension que l'on évalue en moyenne à 6 cent. 1/2 pour le sacrum et 1 cent. 1/2 pour la symphyse pubienne sont loin d'être exactes dans tous les cas, même pour les bassins bien conformés, à plus forte raison pour ceux qui sont viciés (*Voir* notre Obs. IV, p. 68.) Ces différences tiennent surtout à l'épaisseur et à la direction du sacrum ainsi qu'à celles de la symphyse

du pubis, parfois aux deux os à la fois. Elles tiennent aussi aux déviations et à la saillie plus ou moins forte du promontoire au ligament interpubien, ainsi qu'aux tumeurs osseuses et autres qui peuvent exister à l'intérieur. Malgré ces résultats approximatifs, nous avons cru devoir décrire un pelvimètre externe, parce que l'intégrité de la membrane hymen s'oppose à la pelvimétrie interne chez les femmes encore vierges, et que l'on viendra parfois nous présenter des jeunes filles, en nous demandant, s'il est prudent de les laisser engager dans les liens du mariage. Ce sera pour nous une question d'autant plus grave, que parfois ces écarts dans la mensuration, pourront nous exposer à empêcher de se marier une jeune fille, qui pourrait mettre au monde des enfants vivants, et que nous n'aurons pas déconseillé le mariage à une autre, qui ne pourra jamais accoucher d'enfants viables. Si le compas de Baudelocque marque comme longueur de diamètre antéro-postérieur 19 centimètres, ce qui nous donne après déduction 11 centimètres, nous sommes certain d'avoir affaire à un bassin à peu près normal, mais s'il ne marque que 15 centimètres seulement, soit 7 centimètres en moyenne après déduction, notre ligne de conduite ne sera plus aussi nettement tracée.

La pelvimétrie interne nous donne des résultats beaucoup plus précis. Les accoucheurs ont inventé un grand nombre d'intropelvimètres, c'est dire que pas un seul de ces instruments ne remplit bien le

but pour lequel il a été créé. Nous n'avons qu'un pelvimètre véritablement bon : c'est le doigt. Outre qu'il est beaucoup plus commode de se servir de la main, elle nous permet d'apprécier non-seulement le diamètre antéro-postérieur, mais encore toutes les espèces de viciations pelviennes avec leur siège, leur degré, les modifications qu'elles ont apporté à la configuration des parties. Elle nous fait reconnaître facilement la présence d'exostoses, de tumeurs, ainsi que leur étendue, leur forme, leur consistance, etc.

Lorsque l'on peut mesurer le diamètre promonto-pubien, la femme étant placée sur le dos, les cuisses légèrement fléchies, le siège relevé par un oreiller ou soulevé par les poings de la femme elle-même, on introduit dans le vagin l'index, ou mieux l'index et le médius, ce qui permet d'atteindre un centimètre plus loin, le pouce replié dans la paume de la main, et le coude fortement abaissé. On porte le doigt en haut et en arrière derrière le col, vers l'angle sacro-vertébral. Si on ne l'atteint pas, c'est que le bassin n'est pas touché, ou qu'il l'est trop peu pour mettre des obstacles sérieux à l'accouchement. Si on atteint des parties dures, on cherchera les ailerons du sacrum, pour être sûr que l'on n'est pas sur le faux promontoire, ou diamètre lombo-pubien. Quant on a atteint le point culminant, on relève l'indicateur jusqu'à ce qu'il soit au contact de la symphyse pubienne. Une légère pression permet de sentir le ligament triangulaire de l'articulation. On écarte les grandes et les petites lèvres ; si c'est nécessaire, on

refoule sur le côté le m^{at} urinaire; qui peut-être gonflé par suite de la grossesse; si on ne peut le déplacer, on porte le doigt à droite ou à gauche. Avec l'index de l'autre main, on recherche le ligament sous-pubien, et on le place de façon à ce que sa face unguéale corresponde au bord inférieur du ligament, et l'on fait exactement à ce niveau, une marque avec l'ongle, sur le bord radial du doigt introduit dans le vagin. On retire ce doigt et l'on mesure la distance qui y est marquée, c'est le diamètre promoto-sous-pubien. Or cet intervalle est une ligne oblique plus longue, que celle qui représente le diamètre le plus rétréci ou promonto-pubien. Celui-ci correspondant d'une part à l'extrémité supérieure de la symphyse, et au promontoire d'autre part, ne peut par conséquent pas être mesuré. Pour l'obtenir, il faut faire une déduction. Jacquemier déduit de 6 à 9 millimètres, Cazeaux et Dubois de 6 à 9 pour les petits bassins, et de 9 à 11 pour les grands bassins, M^{me} Lachapelle, Pajot 10, Velpeau, Capuron 11, Depaul 15, Michaelis 17, etc. Pinard a étudié cette question dans ses *nouvelles recherches de pelvimétrie et de pelvigraphie*, thèse de Paris 1874. Il dit que tout dépend surtout de la hauteur de la symphyse, ensuite de sa direction et de son épaisseur. Chaque fois que la symphyse mesure 4 centimètres et au dessus, on devra déduire 15 à 20 millimètres; au dessous de 4 centimètres, de 10 à 15 millimètres, soit en moyenne 15 millimètres. Parmi les différentes formes de bassins rétrécis, nous devons surtout

établir le diagnostic de ceux qui sont viciés au détroit supérieur.

La pelvimétrie digitale nous donnera le degré ; les commémoratifs et les déformations corporelles, nous feront généralement soupçonner à quelle forme nous avons affaire, ce sera dans la plupart des cas, un bassin presque symétriquement aplati chez les rachitiques, un bassin oblique chez les femmes qui présentent des lésions des membres inférieurs, le côté large siégeant ordinairement du côté du membre lésé ; enfin nous rencontrerons beaucoup plus rarement le bassin oblique ovalaire de Noëgelé. Ce bassin, heureusement très rare, n'a été que rarement diagnostiqué sur le vivant. Contrairement aux bassins précédents, le côté rétréci est situé du même côté que la lésion. On peut en soupçonner l'existence, lorsque les deux épines iliaques postéro-supérieures sont situées à des distances inégales de la crête sacrée, que l'une des crêtes iliaques est plus élevée que l'autre, quand la symphyse du pubis est nettement dirigée vers un des côtés, surtout si l'examen interne nous indique que le promontoire est projeté de côté.

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS

DU FORCEPS ET DE LA VERSION

Lorsque dans les cas de rétrécissements du bassin, l'accouchement ne peut se terminer par les efforts seuls de la nature, l'accoucheur doit intervenir, si le fœtus est mort, on diminue son volume pour en faire plus facilement l'extraction, mais s'il est vivant, deux existences sont en jeu, celle de la mère et celle de l'enfant; de là des conduites différentes suivant les écoles. Les uns se plaçant surtout au point de vue de la religion, sacrifient la mère, pour sauver l'enfant; les autres sacrifient l'enfant lorsque la mère est en danger, après avoir tout fait pour sauver celui-ci. La science et notre conscience nous font préférer cette seconde façon d'agir. Pour nous, l'opération césarienne et l'opération de Porro, qui tuent presque fatalement la mère sans sauver toujours l'enfant ne seront jamais des *opérations de choix mais de nécessité*. Parmi les procédés que nous pouvons employer, nous devons rechercher celui qui nous donnera le plus de femmes et d'enfants vivants.

Lorsque le fœtus est à terme, nous n'avons en présence que deux procédés : le forceps et la version. La symphyséotomie, qui a joui pour un temps d'une

grande vogue, était une opération grave pour la mère, et qui souvent ne suffisait pas pour extraire l'enfant vivant, l'écartement des branches du pubis étant insignifiante. Elle est aujourd'hui reléguée parmi les erreurs du passé. Nous analyserons scrupuleusement l'article de Simpson sur *l'emploi de la version dans les rétrécissements* ; nous en rapprocherons les expériences qui ont été faites dans le but d'élucider la question, et surtout les faits cliniques pour voir s'ils en sont la confirmation. Nous saurons ainsi ce que nous devons penser de la théorie sur laquelle s'appuient tous les partisans de la version.

1^o *Le crâne fœtal a la forme d'un cône à base supérieure et quand l'enfant passe les pieds d'abord, la partie inférieure et la plus étroite de ce cône est généralement assez petite pour s'engager dans le détroit supérieur rétréci.*

Simpson compare le crâne fœtal à un cône tronqué, qui s'enfoncerait dans le bassin par sa petite extrémité ou encore à un A, que l'on voudrait faire passer dans une ouverture oblongue O, dont le diamètre est un peu moindre. La pointe de l'A correspond aux pieds du fœtus, la barre transversale à la base du crâne incompressible, et les deux branches divergentes représentent la voûte élastique et compressible (bosses pariétales.)

Il ajoute : que cela sera facile, si on le tire avec la pointe en avant, ou l'enfant par les pieds, parce que les branches divergentes de l'A se compriment sur les faces de l'O, tandis que si on essaie de faire pénétrer

sa base large ou le vertex de la tête, plus on presse, plus on l'accroît au lieu de la diminuer, en l'aplatissant contre les côtés de l'ouverture, et en faisant que ses parois divergent et s'élargissent au lieu de converger et de se resserrer.

Joulin n'accepte pas la comparaison de Simpson, le passage de l'A à travers l'O — « le vertex, dit-il, « relativement aux bosses pariétales, forme le sommet d'un cône, plus court, il est vrai, que celui qui est limité par le diamètre bi-mastoidien et les bosses pariétales, mais il n'offre aucun point de comparaison entre les deux branches divergentes qui forment la base de l'A, et de plus on n'a jamais vu le vertex s'aplatir sur le bassin. Il suffit d'examiner la disproportion des parties, pour comprendre qu'un cône ne pourra jamais s'aplatir sur un cercle, qui ne le touche que par deux points de sa circonférence, laissant le sommet en rapport avec le vide.

« J'ajouterai que dans les cas les plus fréquents, « c'est-à-dire lorsque le travail dure depuis longtemps, « la tête est fortement fléchie, et alors ce n'est pas le bregma qui se présente, *mais bien un point très voisin de l'occiput, qui forme le sommet d'un cône ayant pour base les bosses pariétales, et qui présente plus de hauteur que le cône pariéto-mastoidien, et une épaisseur moindre au sommet.*

« Cette observation que le premier je formule, « infirme toute la théorie de Simpson, car il est clair que si la version n'amène au détroit supérieur qu'un diamètre égal à celui que le forceps vient y

« saisir, l'opération reste avec tous ses dangers, sans
« aucune compensation. »

Les choses se passent généralement comme Simpson l'indique lorsque la tête se présente fléchie, car comme elle a effectivement la forme d'un coin, celui-ci doit s'engager plus facilement par l'arête que par la base. C'est généralement le cas dans les présentations du siège. Mais là où l'auteur a eu tort, c'est d'admettre aussi ce raisonnement pour la version. P. Dubois avait remarqué la facilité avec laquelle se font souvent les accouchements par le siège dans les bassins rétrécis, et les difficultés que présente l'extraction dans la version podalique ; il ne s'expliquait pas pourquoi. M. le professeur Pajot en a trouvé la cause. Lorsque le fœtus se présente par les pieds, il vient presque toujours la tête fléchie, parce que l'utérus en se contractant appuie par son fond sur la tête du fœtus et la fléchit forcément, tandis que dans l'extraction par les pieds, la force venant d'en bas tend à défléchir la tête, qui au lieu de se présenter au détroit supérieur par son plus petit diamètre, offre l'occipito-mentonnier, c'est-à-dire le plus grand. Si on pouvait ne tirer que pendant les contractions, la tête resterait fléchie, mais malheureusement on est souvent obligé de tirer dans l'intervalle, c'est pour ce motif que la version donne souvent de mauvais résultats dans les cas d'angustie pelvienne, tandis que la présentation du siège est incontestablement préférable à celle du sommet.

Simpson veut faire ressortir la vérité de ses re-

marques, en invoquant comme preuves, des observations qui sont pour la plupart tirées de sa pratique personnelle ou empruntées à l'ouvrage de Smellie, Quoiqu'il s'en défende, elles ont été uniquement recueillies avec l'intention de réunir des arguments en faveur de la thèse qu'il soutient, car il n'a trouvé dans les *observations sur les accouchements* de Smellie, que deux cas de version pour des présentations de l'épaule ayant donné des enfants vivants, dont une faite dans un bassin avec rétrécissement oblique, et il se garde bien de parler des 6 observations de têtes détronquées laissées dans l'utérus (t. III, p. 387 et suiv.), ainsi que de 9 autres observations dans lesquelles les vertèbres cervicales ont été séparées. Nous ne pouvons mieux faire pour montrer que ces succès ne sont pas habituels, mais qu'ils constituent l'exception, que de citer les paroles de Smellie lui-même : « Je lui écrivis (au D^r G.) que dans le commencement
« de ma pratique, il m'était arrivé plus d'une fois
« dans ces sortes de cas (tête mobile au-dessus du
« détroit supérieur), d'amener l'enfant par les pieds,
« et quoique j'eusse réussi quelquefois, néanmoins
» dans d'autres occasions, j'avais été dans le cas de
« souhaiter, après avoir relevé et soulevé la tête en
« haut dans la matrice, qu'elle fut restée dans la pre-
« mière situation, parce qu'après avoir tiré le corps,
« la tête restait tellement arrêtée au-dessus du pubis,
« qu'il n'était pas possible de sauver l'enfant : et les
« parties de la femme étaient si contuses et si meur-
« tries, que si elle en réchappait ce n'était qu'avec

« beaucoup de peine. Je lui marquai encore qu'il
« n'était pas douteux qu'il était de *notre devoir de*
« *faire ce que nous pouvions pour sauver l'enfant ;*
« *mais non pas jusqu'au point de mettre en danger la*
« *vie de la mère.* » (Observations sur les accouche-
ments, t. III, Obs. XVII, p. 284). La plupart des cas
que Smellie a rencontrés dans sa pratique infirment
donc la théorie de Simpson. Nous ferons remarquer
en outre que, aucune des observations qu'il publie
n'est véritablement concluante. Pour qu'elle le fût, il
faudrait non seulement noter l'existence du rétrécis-
sment comme il l'a fait, mais indiquer aussi son
degré et sa forme, donner les diamètres réels de la
tête du fœtus et son degré d'ossification. Enfin il faut
encore que chez la même femme, on ait employé le
forceps et la version, car l'usage d'un seul de ces
moyens pourra laisser place au doute, on sera tou-
jours en droit de supposer que l'autre moyen eût été
aussi avantageux, sinon préférable.

2° *La prise que donne le corps du fœtus lorsqu'il est
sorti nous fournit le moyen d'employer une traction
suffisante sur la tête pour comprimer, et, s'il est néces-
saire, enfoncer les côtés élastiques de la portion supé-
rieure et la plus large du cône (c'est-à-dire le diamètre
bi-pariétal du crâne), entre les points opposés du détroit
supérieur rétréci, de façon à faciliter le passage de la
tête toute entière.*

A ceci Joulin répond ; « La prise, qu'on a sur le
« corps de l'enfant lorsqu'on l'extraît par les pieds,
« n'est pas meilleure que celle que fournirait le forceps

« et si dans de faibles rétrécissements, on obtient une
« réduction de la tête, il est à craindre que ce ne soit
« aux dépens du fœtus. »

« Les ligaments intervertébraux s'allongent jusqu'à
« un certain degré, puis se rompent, lorsque leur ré-
« sistance est vaincue, les tractions sont supportées
« par la peau et les muscles ; ces éléments s'allongent,
« la moelle épinière qui n'est point extensible s'ar-
« rache et le fœtus succombe, comme l'auteur aurait
« pu s'en apercevoir sur le sujet de sa première obser-
« vation. »

3° *La tête, tirée à travers le bassin déformé, s'adapte généralement elle-même, ou peut-être artificiellement dirigée, de manière que sur le plus petit diamètre, le bi-temporal s'engage, suivant le diamètre le plus rétréci du détroit pelvien.*

Cette assertion, sur laquelle s'appuient surtout les partisans de la version, et que Barnes a développée longuement dans son *Traité d'accouchements*, n'a pas été confirmée ni par les expériences qui ont été faites à ce sujet, ni par les faits cliniques. Budin, expérimentant sur des fœtus à terme, a mesuré la distance qui sépare la naissance de la suture fronto-pariétale de la partie de la tête la plus saillante en arrière, suivant que celle-ci est défléchie ou fléchie. Dans le premier cas, c'est une ligne qui, partant de la pointe de l'occipital, ou d'un point très voisin, tomberait sur le milieu du diamètre bi-temporal. Dans le second cas, c'est une ligne qui s'étend de l'extrémité postérieure du diamètre sous-occipito-bregmatique au milieu de

ce diamètre bi-temporal. La ligne qui part de la nuque est évidemment plus courte que celle qui commence à la pointe de l'occipital. La flexion de la tête lui permet donc de présenter au diamètre le plus rétréci du bassin, un diamètre plus favorable. La ligne qui sépare la nuque du diamètre bi-temporal, soit S O T serait, d'après lui, en moyenne de 65 à 75 millimètres, et celle qui va de la pointe de l'occiput au diamètre bi-temporal, soit O T, de 70 à 85 millimètres. Il conclut ainsi :

« Chez celui-ci, la ligne qui s'étend de la suture
« fronto-pariétale à la pointe de l'occiput et même à
« la nuque, est toujours trop considérable pour per-
« mettre au diamètre bi-temporal de se mettre en
« rapport avec le diamètre promonto-pubien du bas-
« sin, de là la difficulté et quelquefois l'impossibi-
« lité de l'accouchement, car c'est non seule-
« ment un diamètre plus large, mais encore un dia-
« mètre moins réductible, un diamètre bi-pariétal
« qui arrive à se placer parallèlement au diamètre
« antéro-postérieur rétréci du détroit supérieur. »

Champetier de Ribes a trouvé, d'après quelques mensurations, que le diamètre S O T mesure en moyenne 71 millimètres et le diamètre O T de 70 à 85 millimètres. Grisel reprenant la question, trouve, d'après 62 mensurations, que le diamètre S O T mesure de 57 à 78 millimètres, et le diamètre O T de 69 à 98 millim. Il ajoute que le diamètre transverse utile du bassin rachitique, n'étant généralement que de 12 centimètres en moyenne, la moitié du bassin n'étant

donc que de 6 centim., sera inférieure au diamètre SOT de la tête fléchie, puisqu'il mesure généralement 7 centimètres environ. Contrairement aux idées « de
« Simpson et de Barnes, dit-il, ce n'est que très-rare-
« ment que la tête fortement fléchie présente son
« diamètre bi-temporal au conjugué rétréci : ce n'est
« pas non plus son diamètre bi-pariétal (d'une bosse
« pariétale à l'autre) qui passe à ce niveau, mais un
« diamètre situé à environ 1 centimètre en arrière du
« bi-temporal, sa proximité de ce dernier doit le faire
« participer en partie à sa grande réductibilité : ce
« qui est important au point de vue de l'accou-
« chement. »

Si le promontoire était réduit à une simple ligne, Grisel aurait parfaitement raison; mais comme il a une largeur très variable, nous en convenons, mais de plusieurs centimètres au minimum, sur une tête présentant un diamètre S O T égal à 7 centimètres, il n'empiètera pas seulement de 1 centimètre sur le pariétal, mais de la moitié de sa largeur en sus, ce qui fera alors de 2 à 3 centimètres. Par contre, si au lieu d'être fléchie la tête se présente au détroit supérieur complètement défléchie, ou demi-défléchie, comme c'est souvent le cas dans la version, ce sera alors un diamètre voisin du bi-pariétal maximum qui se trouverait saisi par le conjugué rétréci.

Simpson invoque les faits cliniques pour prouver que lorsque l'enfant est extrait par la version, la tête, en finissant par s'adapter elle-même à la forme du bassin, arrive à avoir son diamètre bi-temporal, et

non son diamètre bi-pariétal, placé suivant le diamètre le plus étroit. « Car la lésion et l'enfoncement du « crâne, s'il y en a, semblent toujours situés en avant de la « de l'oreille, et par conséquent bien en avant de la « protubérance pariétale : ou en d'autres termes « on les voit, comme je l'ai dit, dans la région temporale. »

Dans les expériences entreprises par Budin et Champetier de Ribes sur les fœtus à terme extraits par les pieds à travers un bassin rétréci, ceux-ci présentent presque toujours des dépressions et des fractures de pariétaux. De plus, les faits cliniques eux-mêmes confirment l'expérimentation. Nous en donnerons comme preuve, des observations empruntées au livre de Simpson, et qu'il ne pourra par conséquent nous contester. La première est de Denman, la troisième de Dugès, la seconde lui est personnelle.

Obs. I. — *Rétrécissement du bassin ; Version ; Dépression considérable du pariétal gauche.*

Je fus appelé pour une femme enceinte pour la huitième fois. Des sept enfants précédents, pas un n'était né vivant. Lorsque les membranes furent rompues, je passai immédiatement la main dans l'utérus et ramenai facilement les pieds et le corps du fœtus, mais la tête étant arrêtée par l'étroitesse du détroit supérieur, je fus forcé de continuer une forte traction, avant de pouvoir l'extraire. L'enfant naquit presque sans apparence de vie, mais par l'usage énergique des moyens recommandés en pareil cas, il se rétablit. *Sur le pariétal gauche se trouvait une dépression d'une étendue considérable* et suivant mon estimation d'un bon pouce de

profondeur (26 millim.) *occasionnée par la projection du sacrum*; mais ce creux s'effaça graduellement. Dans l'espace de quelques mois, les os reprirent leur forme naturelle, et l'enfant vécut plusieurs années avec toutes ses facultés.

OBS. II. — *Présentation du sommet ; Procidence du cordon ; Version ; Enfoncement profond du pariétal droit ; Retrécissement du bassin.*

Cette femme avait eu un premier enfant qu'on ne put extraire qu'après avoir pratiqué la craniotomie. Appelée près d'elle vers la fin du neuvième mois de sa grossesse, je trouvai l'orifice de l'utérus assez bien dilaté, les membranes encore intactes, et la tête qui était difficile à atteindre se trouvait élevée et mobile au-dessus du détroit supérieur; une anse du cordon ombilical où l'on sentait des battements faisait prolapsus. Pendant les quelques heures qui suivirent, nul progrès ne se manifestant, je fis l'extraction de l'enfant par l'opération de la version, la tête fut repoussée et un genou saisi avec une grande facilité. Grâce à cette prise, la version se fit aisément, les extrémités et le tronc furent tirés en bas, mais l'extraction de la tête à travers le bassin déformé fut une opération beaucoup plus difficile. Après que les bras eurent été amenés au dehors, il fallut, avant d'extraire la tête, exercer de grands efforts suivant l'axe du détroit, encore ne s'écoula-t-il pas plus de deux ou trois minutes, depuis la première introduction de la main, jusqu'à l'extraction complète du fœtus. Il respira plusieurs fois après sa naissance; mais la fonction pulmonaire ne put s'établir complètement; la tête était comprimée latéralement, *la région pariétale gauche aplatie* et la partie antérieure de *l'os pariétal droit profondément enfoncée par la compression à laquelle il avait été soumis contre le promontoire saillant du sacrum*. Le diamètre transverse ou bi-temporal de la tête, au siège de l'enfoncement, se trouva, mesuré soigneusement, tenu com-

primé entre les doigts, n'avoir pas plus de deux pouces et demi (65 millim.). Donc le diamètre conjugué du détroit supérieur suivant toute probabilité ne dépassait pas ces dimensions.

Obs. III. — *Présentation du siège; Retrécissement du bassin; Dépression du pariétal gauche.*

L'enfant était venu par les pieds à travers un bassin dont le grand diamètre (le conjugué?) était évalué à 3 pouces 1/4 (84 millimètres). La tête ne put d'abord être extraite, à l'aide même de très fortes tractions sur la mâchoire inférieure et les épaules, mais à peine ces efforts artificiels étaient-ils momentanément suspendus, que la tête passa rapidement sans aucune aide, et fut expulsée par l'action des muscles abdominaux. *Le pariétal gauche qui avait été pressé sur le promontoire du sacrum, était déprimé et enfoncé à la profondeur d'un demi-pouce (13 millim.) et sur une étendue de deux pouces (52 millim.).*

4° *La voûte du crâne est plus aisément réduite au volume requis par le passage à travers un bassin rétréci, lorsque la force compressive est appliquée comme dans les présentations pelviennes, directement sur ses faces latérales, que si elle l'était comme dans les présentations céphaliques, partie aux faces latérales, partie aux faces supérieures de la voûte.*

« Dans le travail prolongé, ordinairement la tête
« est fortement fléchie, et elle n'a point de tendance
« à s'engager par le bregma, mais bien par le sommet
« du cône occipito-pariétal (Joulin.) »

Des expériences ont été faites afin de savoir, si les tractions nécessaires pour extraire le fœtus à travers

des bassins viciés, étaient moindres dans l'extraction par la version que par le forceps. D'après Champetier et Delore, elles seraient moindres dans la version, tandis que d'après Joulin et Budin elles seraient supérieures. Nous ne croyons pas qu'on doive faire de l'accouchement une question de kilogrammes, d'autant plus que même fut-il prouvé que la version nécessite de moins grands efforts, on n'aurait pas démontré qu'ils sont moins dangereux pour le fœtus, que des efforts plus considérables exercés sur la tête.

La durée, et par conséquent le danger de l'accouchement, se trouve diminuée par la méthode proposée.

Faire la version au début du travail, c'est s'exposer à ce que le col de l'utérus se referme sur le cou du fœtus.

On peut, du reste, appliquer le forceps, dès qu'on le juge utile, à l'époque où Simpson pratique la version, l'accouchement peut donc être terminé tout aussi rapidement.

La dépression et l'enfoncement des côtés du crâne fœtal pendant le travail sont compatibles avec la vie de l'enfant.

Cela est vrai, mais non pour tous les cas, et mieux vaut ne pas en avoir ou les avoir moindres. Or, les expériences de Budin montrent qu'en appliquant le forceps, souvent on peut extraire l'enfant sans éprouver de difficultés et sans s'être exposé à produire cette lésion.

La compression à laquelle la tête du fœtus est soumise n'est pas incompatible avec la vie.

Nous savons, grâce aux expériences de Duret, que la compression brusque de l'encéphale produit des lésions graves, tandis qu'une compression plus forte, mais qui s'établit graduellement, progressivement, peut n'entraîner aucun désordre.

Simpson dit dans ce même article, que le D^r Radfort a établi que la tête de l'enfant peut supporter, avec une innocuité relative [une compression bien plus forte, suivant son diamètre transverse ou bi-pariétal (version), que suivant son diamètre transverse ou occipito-frontal (application du forceps)]. La plupart des accoucheurs français n'appliquent le forceps suivant le diamètre occipito-frontal que dans le cas où il est impossible de saisir la tête, selon son diamètre bi-pariétal.

La traction à laquelle est soumise le cou de l'enfant, n'est pas incompatible avec la vie.

On ne peut pas, dans un accouchement, savoir quelle force l'on emploie, et le saurait-on, qu'on ignorerait encore jusqu'où l'on peut aller dans les tractions, sans faire périr le fœtus. Les partisans de la version prétendent qu'il faut exercer de très grands efforts avant que les vertèbres cervicales du fœtus ne viennent à céder. La moyenne serait, d'après Baudeloque et Pétréquin, de 80 kilogrammes pour les enfants faibles, et de 130 kilogrammes pour les enfants robustes, de 78 kilogrammes avec rupture des parties molles dans un cas du professeur Pajot, de 47 kilogr. 500, d'après

5 expériences de Mathews Duncan, de 47 kilogrammes selon Joulin, et de 25 à 30 seulement, d'après 5 expériences de Budin, faites sur des enfants ayant été mis dans l'eau chaude. Mais il n'est même pas nécessaire d'employer une pareille force sur le cou pour occasionner des lésions mortelles, tandis que des tractions beaucoup plus vigoureuses faites par le forceps sur la tête, peuvent, dans des cas qui sont loin d'être rares, amener des enfants vivants. (Obs. VII, p. 75.)

Le danger et la mortalité résultant de la compression du cordon, ne sont pas assez considérables, pour infirmer la pratique de la version. Le danger en est en partie écarté par la forme même du rétrécissement, à laquelle le détroit pelvien est le plus habituellement sujet, et par les moyens que nous employons pour éviter cette compression.

La compression du cordon exposerait moins l'enfant, dit l'auteur anglais que l'application du forceps long, et la compression exercée sur lui par cet instrument. Nous montrerons plus loin, que les faits cliniques prouvent le contraire. D'après Simpson, lorsque la tête fœtale s'engage dans un bassin rétréci, l'étroitesse du diamètre conjugué du détroit supérieur, empêcherait l'espace dans lequel est située la face du fœtus, d'être complètement rempli, en ne permettant pas à la portion de la tête, qui s'étend en arrière de la suture coronale, de franchir cette section même du bassin. Nous avons vu plus haut, que ce n'était pas le diamètre bi-temporal, qui pouvait correspondre au conjugué chez les fœtus à terme, mais un diamètre

voisin du bi-pariétal. Or s'il y a de l'espace libre du côté de la face, et ceci nous l'admettons pleinement, dans un bassin étroit, il y en aura aussi dans un bassin normal forcément davantage. Cela nous amène à penser que la compression du cordon dans les bassins normaux déjà si fréquente, qu'elle est la cause la plus ordinaire de la mort du fœtus dans les présentations du siège, 1 sur 10 ou 1 sur 7, doit être plus meurtrière encore dans les bassins rétrécis, contrairement à ce que Simpson avance. Il n'est pas vrai non plus, que l'accoucheur puisse toujours repousser le cordon du côté où il le désirerait. Quant à l'espoir de le protéger contre les contractions du col en le plaçant entre deux doigts introduits dans l'utérus, ou en le protégeant avec des instruments, il est presque illusoire.

Il en est de même pour la pratique de Pugh et Morlann, que Simpson conseille, lorsque l'extraction de la tête ne peut être faite rapidement. Elle consiste à exciter la respiration pulmonaire chez l'enfant à moitié né, dont la respiration placentaire est interrompue. Pour cela on introduit les doigts de la main gauche dans le vagin, sous la poitrine de l'enfant, tandis que les deux premiers sont placés dans la bouche assez avant pour pouvoir presser sur la langue, et alors en creusant la main et en l'appuyant sur le rectum de la mère vous permettez à l'air d'arriver au larynx, vous sentez bientôt le thorax se dilater à mesure que l'air entre dans ses poumons. Le Dr Bigelow conseille, lorsque la tête est trop élevée pour permettre

l'accès de l'air par cette opération, d'avoir recours à un tube, que l'on glisse entre deux doigts introduits dans la bouche, voire même d'insuffler les poumons à l'aide d'un cathéter élastique. Si la tête est trop élevée, lorsque la compression est assez grande pour oblitérer les vides qui existent entre les doigts, on se servira d'un tube en métal, ou formé d'une substance incompressible, on le retirera pendant les douleurs pour empêcher une contusion des parties molles, et le replacer immédiatement après si la tête n'est pas expulsée !

Les chances de ruptures de l'utérus sont-elles moins grandes, lorsque l'on emploie la version de bonne heure, que dans l'application du forceps lorsque l'utérus est devenu plus friable et plus facile à déchirer par suite de la prolongation du travail ? Simpson le prétend, mais ne le prouve nullement. *La version dit-il ensuite est préférable à la craniotomie.*

Nous n'avons garde de vouloir le contester, aussi ne nous décidons-nous à recourir à la craniotomie, que dans les cas où il ne reste pas le moindre espoir d'extraire un enfant vivant par aucun moyen.

Les dangers pour la vie de la mère augmentent avec la durée du travail, ainsi que la fréquence des lésions locales des organes maternels.

Les dangers pour la vie de la mère augmentent avec la durée du travail, c'est vrai, mais nous ne devons pas pour cela même substituer une opération comme la version, à un accouchement qui livré à lui-même se terminera naturellement dans bien des cas,

en donnant une mortalité moindre pour la mère, et dans d'autres cas par le forceps avec une mortalité un peu plus grande. Nous avons trouvé en effet, en additionnant la statistique de Rigaud (Maternité 1860-1870) celle de Stanesco (Hôpital des cliniques 1852-1869) et la nôtre (Hôpital des cliniques 1869-1886) que dans les bassins moyennement rétrécis, c'est à dire ayant de 6 1/2 à 9 1/2 de diamètre conjugué, la mortalité des mères se répartissait ainsi :

	Nombre de cas. Femmes mortes.		Proportion p. 100.
Accouchements spontanés.	210	21	9.86
Version	36	6	16.66
Forceps	170	39	22.94

De ces résultats l'on pourrait déduire que la version est préférable au forceps. Mais il faut bien remarquer que la version a été dans presque tous les cas pratiquée pour des présentations du sommet, plus de la moitié des cas se seraient vraisemblablement terminés spontanément et les autres par le forceps : ce qui aurait donné d'un côté plus de mortalité, et moins de l'autre. La moyenne combinée des cas terminés spontanément et par le forceps, serait donc sensiblement inférieure à celle que nous donne la version. La mortalité plus grande indiquée pour le forceps, comparativement à la version, est donc plutôt apparente que réelle.

Les lésions locales des organes maternels sont plus fréquentes en effet lorsque l'accouchement est laborieux, que lorsqu'il est de courte durée, mais en général ces lésions consistent en inflammations, en

eschares ne compromettant que bien rarement la vie de la mère. D'un autre côté, les inconvénients qu'ils occasionnent, sont largement compensés par le grand nombre d'enfants vivants que nous donne l'expectation et l'application du forceps, en comparaison de ceux que nous avons par la version.

La mortalité des enfants est plus grande dans les cas de forceps que dans les cas de version par présentation transverse.

Simpson donne à l'appui les cas de la pratique de Collins, Lée, Lachapelle et Boivin.

Mode d'accouchement.	Nombre de cas.	Nombre d'enfants mort-nés.	Proportion d'enfants mort-nés.
Cas de forceps.....	255	74	1 sur 3.
Cas de version pour présentation transverse.	195	58	1 sur 3/2.

En calculant d'après ces chiffres, nous trouvons des résultats différents :

Pour le forceps : Un enfant mort contre 3,44 vivants ;

Pour la version : Un enfant mort contre 3,36 vivants ;

L'avantage infime, négligeable nous l'accordons, est donc au forceps et non à la version. Seulement Simpson nous donne la comparaison, entre des cas de versions faites pour la plupart dans des bassins normaux, pour une présentation vicieuse, celle de l'épaule, et souvent au début du travail, tandis que le forceps n'est employé que dans des accouchements laborieux. Il aurait mieux valu qu'il donnât les résultats obtenus

pour la version et le forceps dans les cas de rétrécissement du bassin, ce parallèle serait rentré dans son cadre, tandis que le précédent ne prouve rien sur la question des bassins viciés.

Voici quels résultats nous avons obtenus en additionnant la statistique de Stanesco, celle de Rigaud et la nôtre dans les cas de rétrécissement moyens chez des femmes à terme ou près du terme.

	Nombre d'enfants.	Enfants morts.	Proportion p. 100 de mort-nés.
Accouchements spontanés.	184	29	13.61
Version	49	17	47.22
Forceps	126	44	25.88

On pourrait négliger de faire observer ici, comme nous l'avons fait plus haut, que nombre de cas de versions, qui sont faites par des présentations de l'épaule, se seraient terminées spontanément, si le sommet s'était présenté le premier au détroit supérieur, de là, mortalité moindre. Mais avec de pareilles statistiques il n'est même pas besoin de tenir compte de ces réductions, elles répondent suffisamment à l'argumentation de l'auteur.

La version dans les cas des bassins obliques, dirige plus facilement l'occiput vers le côté le plus large que le forceps dans les présentations du sommet.

Nous croyons, en effet, que dans ces bassins elle est préférable à l'application de forceps, bien que l'accommodation de la tête soit fréquente par l'emploi de cet instrument. Cependant elle échoue aussi dans bien des cas.

En effet, Otto de Haselberg, qui est partisan de la version, ce qui serait déjà suffisant pour que l'on ne puisse suspecter sa sincérité, vient nous dire que sur 14 cas de versions pratiquées par lui, 6 fois la tête s'est placée en sens inverse de sa volonté. Nous en avons une preuve des plus manifestes dans l'observation suivante :

Obs. IV. — *Retrécissement du bassin; Diamètre promonto-sous-pubien, 8 centimètres; Diamètre post.-pubien, 5 centimètres; Accouchement provoqué à 8 mois; Version; Décollation.*

Le 3 mars 1885, la femme Tho..., âgée de 33 ans, entre à l'hôpital des Cliniques. Elle a été réglée à 16 ans, depuis elle perd régulièrement 5 jours par mois.

Examen physique: air de famille, faciès rachitique, membres courts.

Voute palatine ogivale présentant une crête sur la ligne médiane, incisives latérales petites; incisives médianes très développées. Membres supérieurs courts et disproportionnés avec la hauteur du buste. Le radius et le cubitus sont incurvés surtout à la partie inférieure. (Courbe à concavité antérieure et externe.)

Membres inférieurs: les tibia, surtout le droit, présentent un S italique très accentué avec arc saillant en avant de la jambe. Pied bot valgus à droite, la femme étant debout.

Bassin: diamètre des épines, 24 centimètres.

Diamètre des crêtes, 26 centimètres.

Diamètre antéro-postérieur 8 centimètres, avec déduction 6 cent. $\frac{1}{2}$.

Diamètre de Baudelocque, 17 centimètres.

Elle a eu une première grossesse à terme qui nécessita la céphalotripsie.

Deuxième grossesse en 1884, pour laquelle on provoqua

l'accouchement prématuré à 8 mois. Version et manœuvres de Champetier de Ribes. Lorsque le tronc fut sorti, l'opérateur introduisit deux doigts dans la bouche et essaya de fléchir la tête, tandis que deux doigts de l'autre main, placés en fourche sur le cou, le repoussaient en arrière. Un aide appuyait sur le front pour aider à la flexion de la tête, tandis que un autre tirait sur le tronc. Les tractions amenèrent bientôt la décollation. L'opérateur fatigué, laissa la tête dans l'utérus, pensant faire la céphalotripsie le lendemain, *mais cette tête sortit spontanément au bout de deux heures.*

Troisième grossesse. On provoque l'avortement à 5 mois, le 18 avril 1885, à 5 heures du soir, par l'introduction de la sonde bougie dans la cavité utérine. Apparition des premières douleurs le lendemain, à 5 heures du matin, rupture des membranes à 6 heures, et terminaison spontanée à 7 h. 1/2.

Fœtus sexe masculin pesant 355 grammes.

Septicémie avec rétention placentaire. Décédée le 27 avril. Bassin oblique ovalaire.

Le diamètre promonto-sous-pubien mesure 6 cent. 1/2, mais le point post-pubien très saillant, est à 4 cent. 1/2 du bord supérieur de la symphyse. A ce niveau, le diamètre antéro-postérieur mesure 5 centimètres.

La version est-elle préférable chez les fœtus nés avant terme, surtout vers 7 mois ?

Budin a fait des recherches sur les tractions nécessaires pour faire passer la tête d'un fœtus né avant terme à travers un bassin retréci, au moyen du forceps et de la version. Il trouve que la version exige des efforts beaucoup moins considérables, parce que l'occiput appuyant sur le pourtour supérieur du détroit fait fléchir la tête qui s'engage facilement dans l'excavation. Elle ne mesure alors que

6 à 7 centimètres suivant le diamètre OT, et 5 à 6 centimètres 5 suivant le diamètre SOT. Le diamètre SOT étant inférieur à la moitié du diamètre transverse du bassin, la tête n'est plus arrêtée par le promontoire, puisque c'est le diamètre bi-temporal qui peut se mettre en rapport avec le conjugué.

En outre, sur ces têtes peu ossifiées, d'après Budin, le forceps ne pourrait être appliqué que suivant le diamètre antéro-postérieur, et tendrait ainsi à augmenter son diamètre transversal, car placé suivant le diamètre bi-pariétal il glisserait à cause de la mollesse de la tête et de son ossification trop peu avancée. Champetier de Ribes a repris ces expériences et se range à l'avis de Budin. Charpentier et quelque autres accoucheurs français, adoptent la version dans les grossesses avant terme.

Alexandre Milne a employé la version combinée à l'accouchement prématuré, provoqué plus ou moins longtemps avant terme suivant le degré de rétrécissement, sur 6 femmes dont le diamètre conjugué du bassin mesurait de 6 centimètres $1/4$ à 7 centimètres $1/2$. Elles avaient eu auparavant 12 enfants, dont 11 avaient succombé pendant l'accouchement, par l'emploi du forceps ou la craniotomie. Sur les 38 grossesses consécutives, terminées par l'accouchement prématuré provoqué, elles eurent par la version 35 enfants vivants, 3 seulement vinrent morts.

Nous avons peu de choses à objecter à ces arguments. L'expérience nous fait défaut, et nous n'avons pas eu le temps de recueillir des faits cliniques en

nombre suffisant, pour voir s'ils répondent aux expériences. Nous ferons remarquer toutefois, que si les fœtus de 7 mois ont le diamètre occipito-temporal égal à 60 millimètres, en moyenne de 55 à 65 millimètres comme mesures extrêmes, la tête pourra quand même être arrêtée par le promontoire lorsqu'il est très large. Il en sera encore de même et le désavantage sera alors très grand, toutes les fois que la face antérieure du sacrum sera située à peu près sur le même plan que le promontoire, ce qui est loin d'être rare dans les bassins aplatis.

Nous ajouterons que, malgré les résultats magnifiques obtenus par Milne, les faits cliniques sont trop peu nombreux pour que l'on doive condamner le forceps. Notre statistique additionnée avec celle de Stanesco, nous donne du reste des résultats absolument défavorables à la version. Nous croyons donc qu'il vaut mieux attendre pour proscrire le forceps que des faits plus nombreux viennent en contre indiquer l'emploi.

Résultats de la statistique de Stanesco et la nôtre additionnées (*Bulletin de la Clinique* 1869-1886) sur la mortalité des enfants dans les accouchements prématurés :

	Nombre de cas.	Nombre d'enfants morts.	Proportion p. 100 d'enfants morts.
Accouchements spontanés.	48	9	18.75
Forceps	24	6	25
Version	10	6	60

INCONVÉNIENTS DE LA VERSION

Nous avons vu une partie des dangers auxquels expose la version ; nous avons montré que ses résultats étaient bien inférieurs à ceux du forceps.

Nous ajouterons maintenant qu'il est à peu près impossible de diagnostiquer les cas où il y aurait, d'après les partisans de la version, avantage à l'employer, c'est-à-dire ceux où l'expulsion naturelle sera impossible, de ceux où elle ne sera que très difficile. On a bien proposé de se baser sur des règles fondées sur les dimensions du bassin pour arriver à faire ce diagnostic. Mais quand bien même on arriverait à connaître exactement le degré du rétrécissement, car on n'y arrive pas toujours comme on peut le voir par notre observation IV, on n'aurait encore que l'un des facteurs de l'accouchement. Il faut, en effet, compter beaucoup avec bien d'autres causes, parmi lesquelles il convient de citer surtout le *volume de la tête, sa flexibilité et la vigueur de l'utérus*. Comme nous ne pouvons généralement avoir que des données bien approximatives sur les diamètres de la tête, nous pourrions compter sur une tête de volume moyen, lorsqu'elle sera petite. Il y aura alors désavantage à faire la version, parce que l'accouchement se serait terminé spontanément, et aurait fait courir moins de risques à la mère et surtout à l'enfant. Si par contre la tête est grosse elle ne pourra être extraite. Elle ne le serait pas non plus par le forceps, cela est vrai, mais on n'aurait pas dans ce dernier cas, le désavantage de réduire le

volume du crâne, lorsque le cou du fœtus emplit le vagin et vient apporter une difficulté de plus à l'opération. Quant à la réductibilité de la tête, elle est aussi très variable.

On ne doit pas espérer obtenir une réduction de 15 millimètres du diamètre transverse comme l'indique Champetier de Ribes. Ce degré plus ou moins grand de réductibilité, qui tient surtout à l'ossification du crâne, généralement inférieur à ce chiffre, est à peine marqué dans certains cas, tandis que dans d'autres, il lui est supérieur comme nous l'indiquent les observations V et VI.

OBS. V. — *Rétrécissement antéro-postérieur du bassin, 8 cent. 1/2; Enfant moyen: Extraction difficile par le forceps.*

Le 27 janvier 1868, la femme Gau... Zélie entre à l'hôpital des Cliniques. Réglée à 14 ans, 4 à 5 jours par mois. Dernières règles le 29 avril. Deux avortements, l'un à 4 mois, l'autre à 4 mois et demi. Apparition des douleurs le 27 à 10 heures du soir.

Au moment de la rupture des membranes, opérée par M. Depaul, le 29, à 9 h. 40 du matin, on remarqua que le liquide amniotique était chargé d'une grande quantité de méconium. Les battements du cœur du fœtus, malgré la présence du méconium dans l'eau, étaient forts et réguliers. La dilatation de l'orifice à ce moment n'avait guère que la grandeur d'une pièce de 5 francs, mais cet orifice était très souple et dilatable. A 4 heures du soir, le 27 janvier, on constata que les battements du cœur se ralentissaient sensiblement. M. Depaul fit une première application de forceps, il désarticula l'instrument après avoir fait quelques tractions et le réappliqua de nouveau.

L'extraction de la tête fut assez difficile, bien que l'enfant ne soit pas volumineux. Au moment de la naissance, on remarqua une dépression assez considérable du pariétal gauche. L'enfant, du sexe masculin, est né faible, mais il a été facilement ranimé. Après la première application de forceps, M. Depaul s'est aperçu qu'une anse du cordon ombilical était engagée dans le vagin. Le cordon long de 51 centimètres était posé en écharpe sur le dos de l'enfant.

Son poids est 3,200 grammes.

Les diamètres de la tête sont les suivants :

Occipito-frontal, 13 centimètres ;

Occipito-mentonnier, 14 cent. $\frac{1}{2}$;

Bi-pariétal, 8 cent. $\frac{1}{2}$;

Sous-occipito-bregmatique, 10 cent. $\frac{1}{2}$.

OBS. VI. — *Rétrécissement du bassin ; Diamètre conjugué 7 cent. $\frac{1}{2}$ à 7 cent. $\frac{3}{4}$; Enfant volumineux ; Extraction facile par le forceps.*

La nommée Eri..., âgée de 23 ans, entre le 21 février 1868 à l'hôpital des Cliniques. La menstruation est apparue à 18 ans, depuis elle a toujours été irrégulière. Dernière apparition des règles le 22 mai. Elle est d'une constitution faible, rachitique, elle n'a marché qu'à 4 ans. Rétrécissement antéro-postérieur de 7 cent. $\frac{1}{2}$ à 7 cent. $\frac{3}{4}$. Premières douleurs le 21 février, à 5 heures du matin. Le lendemain, à 9 heures du matin, M. Depaul trouve dilatation complète et rompt les membranes. A 10 heures, il fait chloroformiser la malade, et termine l'accouchement par une application de forceps qui n'offrit pas de grandes difficultés, malgré le rétrécissement considérable du bassin, et l'étendue du diamètre bi-pariétal de la tête de l'enfant, qui, mesuré immédiatement après la naissance a été trouvé de 9 cent. $\frac{1}{2}$. Enfant assez volumineux du sexe masculin, né vivant, non asphyxié. Il s'est mis à crier immédiatement.

Son poids est de 2,820 grammes.

Les diamètres de la tête sont les suivants :

Occipito-frontal, 11 centimètres.

Occipito-mentonnier, 13 centimètres.

Bi-pariétal, 9 cent. $1/2$.

Sous-occipito-bregmatique, 9 cent. $1/2$.

On rencontre aussi bien souvent des cas où la version est rendue impossible par les contractions énergiques de l'utérus, qui est appliqué si fortement sur le corps du fœtus, qu'il n'est pas possible d'aller saisir les pieds. On ne pourra arriver alors à faire la version, et l'on aura excité un organe qui l'est déjà peut-être trop.

En résumé, nous voyons donc que la plupart des accoucheurs s'appuyant sur leur propre expérience, proclament hautement la supériorité du forceps sur la version dans les cas de rétrécissements moyens du bassin. Les expériences et les faits cliniques, ayant trait à des accouchements à terme, montrent aussi que les résultats obtenus sont beaucoup plus beaux par l'emploi du forceps que par la version.

Nous avons recueilli dans les bulletins de la clinique, depuis 1866 jusqu'en 1886, tous les cas dans lesquels le forceps et la version ont été employés chez la même femme, pour des bassins moyennement rétrécis, afin de comparer les résultats qu'ils ont donnés.

Obs. VII. — *Rétrécissement du bassin; Diamètre conjugué du détroit supérieur, 8 centimètres à 8 cent. 1/4; Hydramnios; Présentation du sommet avec procidence du cordon; Version pelvienne.*

La nommée Pil... Marie entre, le 3 janvier 1879, à l'hôpital des Cliniques. Femme rachitique, courbure des tibias. Bassin rétréci. Diamètre antéro-postérieur 8 centimètres à 8 cent. 1/4. Elle a été réglée, pour la première fois, à l'âge de 13 ans, et depuis elle perd régulièrement du sang pendant 4 ou 5 jours par mois. Elle est accouchée déjà d'un enfant de 8 mois, et de 3 enfants à terme, dont un nécessita l'application de forceps. A la grossesse actuelle, elle présente de l'hydramnios. Apparition des premières douleurs le 3 janvier, à 5 heures du soir, dilatation complète de 4 à 7 h. 1/2 du matin, rupture des membranes à 8 h. 1/4, à 8 h. 1/2 procidence du cordon. Présentation du sommet, l'occiput est à droite et en avant près de la symphyse pubienne. Battements du cordon ralentis, peu intenses. A l'auscultation, on entend les battements du cœur très sourds et ralentis au point qu'ils ne sont guère plus rapides que ceux de la mère.

Application du forceps en évitant de saisir le cordon. Trois tentatives infructueuses d'engagement, à deux minutes d'intervalle. Malgré les tractions assez fortes, la tête ne s'engage pas du tout à travers le détroit supérieur. En touchant de nouveau, on constate que les battements du cordon existent plus forts qu'auparavant, ce qui peut s'expliquer, parce qu'en introduisant les branches du forceps, on avait soulevé la tête et fait cesser la compression.

On fait la version, un pied est saisi à gauche avec la main droite, l'évolution se fait, le siège est amené à la vulve. L'enfant fait des mouvements d'inspiration, le bras droit qui est resté dans l'excavation est amené assez facilement au dehors. Le bras gauche est sorti seul sous la symphyse pubienne. La tête est arrêtée au détroit supérieur en position

transverse, la face à droite, l'occiput à gauche. La main gauche est introduite dans les parties génitales, deux doigts arrivant assez difficilement dans la bouche, une fois introduits, ils fléchissent la tête, le menton est abaissé et la tête est repoussée vers le côté gauche du bassin, la main droite est appliquée sur l'épaule au moment où des tractions sont faites dans l'axe du détroit supérieur. M. Porach appuie de haut en bas sur la région frontale, la tête s'engage alors une fois qu'elle est dans l'excavation. On lui fait exécuter un mouvement de rotation, l'occiput est ramené sous la symphyse et l'accouchement est bientôt terminé (9 h. 1/4 matin). L'enfant qui était un peu asphyxié est vite ranimé.

Son poids est 4.320 grammes.

Les diamètres de la tête sont les suivants :

Occipito-frontal.....	12 c.
Occipito-mentonnier	13 c. 1/2
Bi-pariétal	10 c.
Sous-occipito-bregmatique.....	10 c. 1/2

Une heure après, MM. Budin, Porach, et Crouzat externe du service cherchèrent, mais en vain, des traces de l'application du forceps : il n'y avait sur la peau ni ecchymose, ni ligne circulaire rappelant la forme des cuillers. Le lendemain, M. Depaul crut voir sur la joue droite un sillon qui joint à l'œdème de la paupière du même côté, lui fit penser que la cuiller avait été appliquée sur la région frontale droite. La tête était un peu aplatie transversalement : le pariétal droit chevauchait légèrement sur la gauche. Il y avait un peu d'enfoncement à droite au niveau de la suture fronto-pariétale. Le second jour il était encore un peu apparent, surtout quand on comparait le côté gauche avec le côté droit.

Obs. VIII. — *Rétrécissement du bassin ; Diamètre promonto-pubien 8 cent. 1/2 ; Présentation du sommet en O I G A ; Application du forceps ; Présentation de l'épaule ; Version.*

Dur. ., Marie, primipare, âgée de 28 ans, entre à l'hôpital

des Cliniques le 20 novembre 1866. Sa santé est généralement bonne ; première apparition des règles à 16 ans, régulièrement réglée elle perd deux jours par mois. Dernière apparition des règles le 26 février. Apparition des premières douleurs le 21 novembre à 6 heures du matin, rupture des membranes à 3 heures 50 minutes.

Le travail s'accomplit sous l'influence de contractions très molles et très irrégulières, et bien que le bassin n'offre que 8 cent. $1/2$ du diamètre au détroit abdominal, la tête de l'enfant le traversa dès que la dilatation fut presque complète (2 heures du matin, le 22). Elle progressa dans le bassin et arriva sur le périnée, où elle resta au moins 2 heures, ne faisant dans sa marche que des progrès insensibles. Les contractions se ranimèrent enfin vers 4 heures du matin, et à partir de ce moment on vit la tête, ou pour mieux dire la tumeur séro-sanguine, s'avancer entre les lèvres de la vulve. A 8 heures, lorsque M. Depaul arriva, il n'y avait encore d'apparent aux parties génitales qu'à peu près l'étendue d'une pièce de 5 francs du cuir chevelu.

Les battements du cœur fœtal à ce moment, étaient faibles et irréguliers, et cette circonstance jointe à la longueur du travail, détermina l'application du forceps, qui fut faite très facilement, sans changer la malade de position.

L'enfant, du sexe masculin, pèse 3.750 grammes, faible mais promptement ranimé. Les diamètres de la tête sont les suivants :

Occipito-frontal.....	11 c.
Occipito-mentonnier.....	14 c.
Bi-pariétal.....	9 c. $1/2$
Sous-occipito-bregmatique.....	10 c.

Le 26 août 1869 on apporte cette femme à la Clinique avec un bras de son enfant pendant hors de la vulve, M. Bailly a constaté une position céphalo-iliaque droite et a fait une version. Le tronc a été extrait sans trop de difficultés, mais la

tête a résisté, ce n'est qu'après des efforts soutenus et recommencés à deux reprises qu'elle a fini par être extraite.

L'enfant, du sexe masculin, né dans un état de demi-asphyxie, est facilement ranimé.

Le poids est de 4.120 grammes.

Les diamètres de la tête sont les suivants :

Occipito-frontal.....	12 c. $\frac{1}{2}$
Occipito-mentonnier.....	14 c. $\frac{1}{2}$
Bi-pariétal.....	10 c. $\frac{1}{2}$
Sous-occipito-bregmatique....	10 c. $\frac{1}{2}$

Obs. IX. — *Bassin vicié ; Diamètre conjugué du détroit supérieur 8 cent. $\frac{1}{2}$ à 8 cent. $\frac{3}{4}$; Présentation de l'épaule ; Procidence du cordon ; Version podalique.*

Bar. . . , âgée de 28 ans, entre à l'hôpital des Cliniques le 27 octobre 1880. Réglée à 18 ans 4 à 5 jours[par mois, dernière apparition des règles du 1^{er} au 5 février. Diamètre conjugué du bassin 8 cent. $\frac{1}{2}$ à 8 cent. $\frac{3}{4}$.

Cette femme a eu deux enfants à terme, vivants, venus par le sommet, et l'an dernier un troisième venu par le siège, et mort pendant l'extraction. Au moment de son entrée on constate une grande quantité de liquide et une présentation transversale. Version par manœuvres externes rendue infructueuse par la grande quantité de liquide amniotique. Le 27, à 5 h. soir, rupture des membranes et dilation complète, terminaison à 7 heures du soir. Durée du travail 23 heures, présentation de l'épaule en acromio-iliaque gauche et procidence du cordon. M. Depaul fait la version. Cette opération est rendue difficile par la rétraction utérine assez considérable.

L'enfant, du sexe féminin, vient en état de mort apparente, mais il est assez facilement ranimé.

Son poids est : 3.330 grammes.

Les diamètres de la tête sont les suivants :

Occipito-frontal.....	11 c. $\frac{1}{2}$
Occipito-mentonnier.....	13 c.
Bi-pariétal.....	9 c. $\frac{1}{2}$
Sous-occipito-bregmatique.....	10 c.

Obs. IX. — *Retrécissement du bassin; Diamètre promonto-pubien 8 cent. $\frac{3}{4}$; Sommet en O I G A et prolapsus du cordon; Application du forceps; Présentation de l'épaule; Version et craniotomie.*

Le 19 août 1865, se présente à l'hôpital des Cliniques la femme Pier... âgée de 29 ans. Rachitique jouissant, habituellement d'une bonne santé. Les règles sont apparues une première fois à l'âge de 19 ans, depuis elle est réglée régulièrement 3 jours par mois. Elle se croit enceinte de 9 mois. Diamètre antéro-postérieur du bassin 8 cent. $\frac{3}{4}$ après déduction. Elle a déjà eu deux accouchements, l'un prématuré à 7 mois à la suite d'un effort, l'autre à terme terminé après 4 jours de travail par une application de forceps, qui a amené un enfant mort-né.

Quant la malade fut apportée à la Clinique, elle avait déjà subi chez elle deux applications de forceps successives, la tête de l'enfant étant engagée dans l'excavation pelvienne. Le travail qui durait depuis 74 heures n'avancant pas, on se décida alors à appliquer le forceps. Trois applications successives furent nécessaires pour faire progresser la tête dont la mollesse ne permettait pas l'extraction en une seule fois.

L'enfant présentait quelques traces d'altération car l'épiderme se soulevait sur le bas-ventre et sur les jambes. Il exhalait même une odeur fétide.

Poids de l'enfant : 3360 grammes.

Le 1^{er} septembre 1865, elle rentre de nouveau à terme. La rupture des membranes s'est faite à 3 heures $\frac{1}{2}$ du soir et elle souffre depuis 4 heures. Le 3 septembre à 5 heures $\frac{1}{4}$,

M. Tarnier trouve un col non complètement dilaté, mais très dilatable, les deux lèvres étaient œdématisées surtout l'antérieure que l'on apercevait en écartant la vulve. L'application du forceps fut régulière, la tête étant saisie par le côté. L'extraction ne présente pas de grande difficultés, la femme étant chloroformisée. Le travail a duré 50 heures. L'enfant, du sexe masculin, est bien vivant.

Il pèse 3.370 grammes.

Les diamètres de la tête étaient :

Occipito-frontal	13 c.
Occipito-mentonnier	15 c.
Bi-pariétal	10 c.
Sous-occipito-bregmatique	10 c. 1/2

Elle se présente de nouveau le 30 janvier 1874, à terme, souffrant depuis 2 heures du matin, aussitôt après la rupture des membranes qui ont lieu spontanément. A 10 heures du soir, la dilatation était grande comme une pièce de 5 francs, et on sentait un pied au-dessus. Les douleurs continuèrent pendant la nuit, et les parties l'engagèrent un peu. Le lendemain 31 janvier, à 9 heures 35 minutes du matin, M. Depaul fit l'extraction de l'enfant dont on entendait très bien les battements du cœur. Le tronc vint sans difficultés, mais tous les efforts furent inutiles pour faire passer la tête, et l'on dut recourir à la craniotomie qui fut pratiquée par la partie sous-occipitale. Des tractions furent ensuite suffisantes pour obtenir la tête. Le travail durait depuis 31 heures 3/4.

Poids de l'enfant sans la matière cérébrale 3 640 gr.

Obs. XI. — *Retrécissement du bassin; Diamètre antéro-postérieur 8 c. 1/4 à 8 cent. 1/2; Présentation de l'épaule; Version; Craniotomie.*

Le mercredi 5 janvier 1881, on apporte à la Clinique à 5 heures du soir, la femme Fau..., âgée de 37 ans. Régliée à 15 ans 1/2 régulièrement 4 jours chaque mois. Dernière appari-

tion des règles le 28 mars. Diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur 8 cent. $1/2$. Elle a déjà eu 6 accouchements à terme, dont 3 terminés spontanément et 3 au moyen du forceps.

Elle raconte qu'elle est en travail depuis lundi matin à 10 heures. Elle s'est présentée d'abord à l'Hôtel-Dieu, et de là a été dirigée chez une sage-femme, chez laquelle elle resta toute la journée du lundi et toute la nuit du lundi au mardi. Le mardi matin, la sage femme rompit les membranes et attendit. Voyant que la femme n'accouchait pas, le mercredi elle appela un médecin. Celui-ci reconnut une présentation de l'épaule, et un degré considérable de rétraction de l'utérus. Il conseille de porter la femme à la Clinique.

M. Depaul prévenu, arrive vers 11 h. 45, il trouve la femme peu fatiguée, mais l'utérus est très dur, rétracté, non dépressible. Par le toucher, il trouve dans le bassin un bras, un avant bras et une main. Présentation de l'épaule droite en céphalo-iliaque gauche; l'enfant était encore vivant. On entendait les battements du cœur en avant et à gauche, mais il y avait ralentissement notable des pulsations et des intermittences indiquant que la vie était compromise. M. Depaul se décide alors à faire la version après avoir chloroformé la femme qui fut assez difficile à endormir. Il introduit d'abord la main droite, mais s'aperçoit qu'il ne pourra pas avec cette main faire la version. Il introduit alors la main gauche avec lenteur, et pénètre avec difficulté jusqu'au fond de l'utérus, il y sent le siège de l'enfant, contourne les fesses, puis redescend en suivant les cuisses; il arrive au jarret, saisit le genou, et avec lenteur et difficulté, il finit par l'abaisser jusqu'au niveau du détroit supérieur. Il essaie alors de défléchir la jambe, mais la saillie anormale de l'angle sacro-vertébrale d'une part, d'autre part, la crainte de rompre l'utérus en opérant cette déflexion trop rapidement, rendent ce temps de l'opération particulièrement difficile. Cependant M. Depaul arrive à abaisser le pied et à l'amener jusqu'à la

vulve. Un lacs est jeté dessus, et des tractions lentes et continues sont exercées sur ce lacs. Bientôt la jambe et la cuisse droites sont extraites et le siège apparaît à la vulve. L'autre membre inférieur est dégagé sans difficultés, et le tronc jusqu'aux épaules sort facilement. Des tractions exercées sur le lacs permettent de dégager le membre supérieur droit qui est le membre antérieur. M. Depaul rencontre de très grandes difficultés pour dégager le membre supérieur gauche qui est en arrière, ce membre étant relevé et retenu entre la tête et l'angle sacro-vertébral. Il y arrive enfin au bout de 4 à 5 minutes d'efforts sans avoir produit de fracture.

On s'aperçoit que pendant ces tentatives, l'enfant a succombé : le cordon ne bat plus, la région péricordiale n'est le siège d'aucun frémissement. M. Depaul cherche alors à introduire deux doigts de la main dans la bouche : il ne peut y arriver, la base de la tête étant encore au niveau du détroit supérieur ; de plus, la rétraction du col empêche de pousser très loin ces tentatives. Quelques tractions ne réussissent pas à engager la tête. Il prend alors les ciseaux de Smellie, et les guidant sur deux doigts de la main gauche les applique au niveau de la nuque. Une première tentative de perforation reste infructueuse, l'instrument ayant glissé du côté de la base du crâne sans pénétrer dans la cavité crânienne. il est alors porté un peu plus haut, et il pénètre non sans quelques difficultés dans la cavité crânienne : la matière cérébrale s'écoule surtout lorsqu'on exerce des tractions ; à un moment donné, on entend un craquement caractéristique qui indique que la tête vient de franchir l'obstacle qui s'opposait à son passage. Bientôt la tête est complètement dégagée.

Poids de l'enfant, 3,200 grammes.

Obs. XII. — *Rétrécissement du bassin ; Diamètre antéro-postérieur 8 cent. 1/2 ; Présentation de l'épaule ; Version ; Craniotomie.*

Le 20 février 1883, entre à l'hôpital des cliniques la femme

Ham..., âgée de 32 ans. Réglée à 16 ans, régulièrement 8 jours par mois. Dernière apparition des règles le 28 juin. Cette femme a marché à l'âge de 3 ans, puis s'est arrêtée jusqu'à 7 ans. Les dents sont un peu rayées, les jambes un peu courtes, les tibias, les fémurs sont incurvés surtout du côté droit. Pas de déformations des extrémités articulaires.

Bassin mesurant 8 cent. $1/2$ dans le diamètre conjugué. Deux accouchements spontanés à 8 mois en présentation du sommet, le 3^e à terme, céphalotripsie, les 7 autres accouchements provoqués à 7 mois. Il n'y eut que 3 enfants nés vivants qui vécurent de 8 à 10 jours. Pour les autres, il y eut céphalotripsie et embryotomie.

Le 21 février, à 8 heures du matin, la malade était en travail depuis 22 heures, travail qui avait débuté prématurément et spontanément, la dilatation était complète. M^{me} de Soyre avait reconnu la tête mobile au dessus du détroit supérieur la veille à 10 heures du soir. A 8 heures du matin. M. Depaul pratique le toucher très loin pour trouver une partie fœtale sensible. Il constate une extrémité qu'il ne peut facilement reconnaître. Au palper il sent une tumeur dure arrondie dans la fosse iliaque gauche qui lui donne la sensation d'une tête. Il pense alors à une épaule. La malade est soumise au chloroforme et le toucher est alors pratiqué avec la main droite introduite toute entière. Le fond de l'utérus était soutenu, on sent alors le bras, l'omoplate, le gril costal et le cou un peu plus haut. Le diagnostic posé est donc : Présentation de l'épaule droite en céphalo-latérale gauche de l'épaule droite.

M. Depaul retire la main droite, introduit la gauche au fond de la cavité utérine. Il trouve le pied gauche qu'il amène au dehors. La version se fait péniblement. La tête resta retenue au niveau du détroit supérieur, les bras se relevèrent et l'occiput était tourné du côté droit; un lacs placé sur le bras droit permet de le ramener et le bras gauche vient alors facilement. La tête n'avance pas serrée qu'elle est par le

rétrécissement. Pas de battements dans le cordon. Perforation du crâne au niveau de la nuque, une petite quantité de matière cérébrale sortit. Puis, par des tractions sur le tronc la tête est comprimée, des flots de matière cérébrale s'échappent; la sortie de la tête se fait facilement.

Poids de l'enfant 2,230 grammes.

Parmi ces six observations, une seule, la première, est toute en faveur de la version. Nous croyons cependant, que si au lieu de faire les applications de forceps, à quelques minutes d'intervalle, on les avait faites au bout de plusieurs heures seulement, pour laisser à la tête le temps de s'accommoder à la forme du détroit supérieur, on serait parvenu [aussi à faire l'extraction par ce procédé. Dans deux autres observations, la seconde et la troisième, il n'y a pas d'avantage marqué pour l'un plutôt que pour l'autre de ces procédés. Dans les trois dernières, le forceps a mieux réussi que dans la version. En somme, l'avantage est donc au forceps. Nous avons encore trouvé d'autres cas où le forceps avait réussi mieux que la version, mais le degré du rétrécissement n'ayant pas été noté, nous n'avons pas cru devoir les publier.

PRONOSTIC

Les dangers résultant des rétrécissements moyens du bassin, sont d'autant plus nombreux et d'autant plus redoutables, que ceux-ci se rapprochent de 6 cent. 1/2. On peut dire d'une manière générale, qu'ils sont sérieux pour la mère et graves pour l'enfant.

Pendant la grossesse, la femme est exposée à l'avortement, à la rétroversion utérine, à la distention extrême de la paroi abdominale, aux éventrations, etc., accidents qui sont des effets mécaniques dûs à l'angustie pelvienne. Mais, en général, ces inconvénients n'empêchent pas la grossesse d'arriver à terme. Dans ces cas, la disproportion entre le volume de la tête fœtale et l'étroitesse du détroit supérieur, exposera la femme à tous les dangers inhérents à la compression prolongée des parties molles et au travail prolongé : rupture utérine, inflammation et gangrène des parties molles du bassin, déchirures du vagin, écartement des symphyses, péritonites, fistules vésicales, vésico-vaginales, vagino-rectales, etc. Quant aux accidents généraux, aux maladies puerpérales surtout, si fréquentes autrefois à la suite des accouchements laborieux, principalement lorsque l'on avait fait usage d'instruments, il sont très rares aujourd'hui, grâce à

la méthode antiseptique rigoureusement suivie, qu'ont adoptée nos maîtres, et qui a donné de si brillants résultats entre leurs mains, notamment à l'emploi des injections vaginales et intra-utérines fréquemment renouvelées, avec la liqueur de Van Swieten dédoublée : 1 gramme de sublimé pour 2,000 d'eau, comme on l'emploie à l'hôpital des Cliniques.

Le fœtus est exposé à toutes les lésions traumatiques dues à la compression, depuis la plus simple excoriation des téguments et de l'ecchymose superficielle, jusqu'aux fractures de la voûte et aux épanchements intracrâniens, c'est-à-dire depuis l'altération la plus légère, jusqu'aux désordres les plus dangereux, comme le montre M. le professeur Pajot, *dans sa thèse d'agrégation* 1885. M. Pajot divise ainsi ces lésions du fœtus :

- 1° Les excoriations et les plaies ;
- 2° Les contusions, ecchymoses, tumeurs (bosses séro-sanguines et céphaloématomes.)
- 3° Les épanchements intracrâniens ;
- 4° La déformation générale ;
- 5° L'état parcheminé des téguments ;
- 6° La dépression des os ;
- 7° La rupture des sutures ;
- 8° Les fractures du crâne ;
- 9° La compression du cerveau .

De plus, la vie du fœtus est gravement compromise par les présentations de la face, surtout la variété frontale, beaucoup plus fréquentes dans les cas d'étroitesse du bassin. Il en est de même pour les prolapsus

du cordon, pour la rétraction de l'utérus due à l'écoulement trop complet du liquide amniotique, et pour nombre d'autres causes qui exposent le fœtus à l'asphyxie.

Enfin, lorsque l'extraction par le forceps n'a pu être faite, il faudra sacrifier le fœtus, s'il n'a déjà succombé aux tentatives inutiles que l'on a faites.

INDICATIONS A REMPLIR

DANS LES CAS DE RÉTRÉCISSEMENT DU BASSIN

DE 6 CENT. $1/2$ A 9 CENT. $1/2$

La grossesse est à terme ou près du terme. Il peut se présenter deux cas : 1° l'enfant est mort; 2° l'enfant est vivant.

Lorsque le *fœtus est macéré*, il faut attendre, car il est alors très réductible, et l'accouchement finira presque toujours par se faire spontanément; si le *fœtus est mort* pendant le travail, il faut rompre les membranes si elles ne le sont déjà et perforer le crâne. La tête descend dans l'excavation alors que la dilatation est complète, il faut bien se garder d'intervenir; elle ne s'engage pas, il faut faire une application de forceps; elle résiste, il faut appliquer le céphalotribe. Lorsque le *fœtus est vivant*, la conduite à tenir sera différente, suivant que le bassin mesurera 9 cent. $1/2$ au plus et 8 centimètres au moins, ou qu'il aura 8 centimètres au plus et 6 cent. $1/2$ au moins.

Le bassin à 9 cent. $1/2$ au plus et 8 centimètres au moins. — L'accouchement peut se terminer spontanément, aussi le mieux est d'attendre le plus longtemps possible. C'est peut-être dans ce cas que l'accou-

cheur a le plus besoin de patience. La tête met toujours un temps plus long que dans les bassins normaux à s'adapter, à s'accommoder au détroit supérieur.

Dès que la dilatation sera commencée, la femme restera couchée, afin de prévenir la procidence du cordon qui est si fréquente dans les cas de bassins viciés. Lorsque la tête tend à s'engager au détroit supérieur, et que la dilatation est trop lente, il est bon de rompre les membranes entre deux contractions, mais il faut avoir soin de ne faire qu'une petite ouverture, afin que les eaux de l'amnios ne s'écoulent pas brusquement. La tête se fixe par ce moyen, et les contractions augmentent d'intensité.

L'engagement tend alors à se faire plus ou moins rapidement, selon le degré du rétrécissement, le volume de la tête du fœtus, et sa réductibilité. Si la terminaison spontanée tarde trop à se faire, on sera obligé d'intervenir. Paul Dubois, dans sa thèse d'agrégation, conseille d'attendre 6 à 8 heures de plus que dans la moyenne normale du travail. Nous pensons, avec la plupart de nos maîtres, que l'on ne peut fixer une limite précise à l'intervention. Cela dépend beaucoup des circonstances : le savoir et l'expérience seront les meilleurs guides de l'accoucheur. En général, lorsqu'on aura attendu que la dilatation soit complète, ou que le col soit dilatable, si la tête ne s'engage pas on pourra intervenir. Si elle a de la tendance à s'engager, on guidera sa conduite sur les indications tirées de la mère et du fœtus; on n'interviendra que si leur existence vient à être compromise.

Si la femme est agitée et qu'elle accuse des douleurs plus ou moins vives dans les reins, des crampes dans les jambes, et qu'en même temps la peau soit chaude, le pouls rapide, la figure vultueuse, les yeux injectés, la soif vive, en un mot, lorsque la fièvre s'allume, le temps d'agir est arrivé. Il en sera de même, lorsque les bruits du cœur du fœtus, après avoir été réguliers deviennent rapides et tumultueux, pour se ralentir ensuite et devenir irréguliers. L'écoulement du méconium par la vulve avec une présentation du sommet, l'affaiblissement et l'espacement de plus en plus grand des contractions, lorsqu'elles ont été vigoureuses et soutenues à plusieurs reprises, nécessitent également l'intervention. Nous avons vu que le forceps doit être préféré à la version, sauf, peut-être, dans les accouchements avant terme. On suivra les conseils donnés par P. Dubois, dans sa thèse d'agrégation 1834. Après avoir exercé des tractions lentes et énergiques, si on n'arrive pas à engager la tête, on désarticulera le forceps, et on attendra de nouveau pendant une ou plusieurs heures. On fera une seconde, puis une troisième application de forceps, à plusieurs heures d'intervalle, si l'état de la mère et du fœtus le permettent. Les premières applications, lorsqu'elles n'arrivent pas à amener l'extraction, facilitent cependant l'engagement, la tête finit quelquefois ainsi par se mouler, de façon à être extraite à une seconde ou une troisième application de forceps, où même quelquefois à être expulsée par les forces naturelles. (On se gardera bien de prendre la bosse séro-sanguine pour

la descente de la tête). Nous croyons que les tractions à deux sur le forceps doivent être proscrites, parce que si l'on amène parfois des enfants vivants par ce procédé, ils succombent souvent dans les 24 premières heures à des fractures des pariétaux, ou à des lésions intracrâniennes. Nous repoussons également les tractions successives, faites par plusieurs personnes. Lorsqu'un homme a épuisé ses forces musculaires, c'est-à-dire après avoir tiré pendant quelques minutes, il serait imprudent de faire continuer les tractions par une autre personne, dans l'intérêt de la mère autant que dans l'intérêt de l'enfant. Si une troisième application de forceps n'a pas réussi, il n'y a pas à hésiter, il faut sacrifier le fœtus, fut-il vivant, car déjà gravement compromis par les applications précédentes, il succomberait fatalement si on le forçait à traverser un bassin ainsi rétréci, et l'existence de la mère courrait les plus grands risques, par suite des traumatismes qu'elle subirait. On fera donc la perforation du crâne en ayant soin de porter le perforateur à travers toute la masse céphalique, car on a vu des enfants ainsi mutilés, donner encore quelques signes de vie après l'extraction, spectacle toujours horrible et répugnant pour les assistants. Si malgré la craniotomie, une application de forceps ne suffit pas encore pour amener l'extraction, on recourra à la céphalotripsie répétée sans tractions comme la conseille notre éminent maître, M. le professeur Pajot.

Le bassin a de 8 centimètres au plus et de 6 cent. 1/2 au moins.

L'accouchement se fait rarement lorsque le fœtus est à terme. Mais comme il est possible (foetus très petits, ou tête un peu au-dessous de la moyenne et très réductible) surtout si le conjugué se rapproche de 8 centimètres, il faudra encore attendre. Si au bout d'un temps plus ou moins long, l'engagement ne se fait pas, on emploiera le forceps. Lorsqu'il aura échoué on en arrivera à la craniotomie et à la céphalotripsie. Nous avons dit plus haut que nous repoussions complètement l'opération césarienne.

Si la femme n'est pas à terme, on a proposé plusieurs moyens pour faciliter le travail, par le passage d'un fœtus moins gros. Ces moyens sont le régime débilitant et l'accouchement prématuré. Le régime débilitant presque complètement abandonné aujourd'hui affaiblissait inutilement la femme enceinte, et souvent n'arrivait pas à empêcher les enfants de se développer et de naître forts et gros.

L'accouchement prématuré, que l'on provoque généralement au moyen d'une sonde molle introduite entre l'œuf et l'utérus, et que l'on fixe ensuite à demeure, sera pratiqué plus ou moins tôt suivant le degré du rétrécissement. Si le rétrécissement est de 9 cent. $\frac{1}{2}$, ou voisin de ce diamètre, on pourra espérer que la femme accouchera spontanément ou qu'une application de forceps sera suffisante pour amener l'extraction. Si la femme a eu des enfants on se basera sur leur volume pour l'époque à laquelle on provoquera l'accouchement prématuré, en se rappelant que ce volume du fœtus va en augmentant avec l'âge de

la femme. On se basera surtout aussi sur le diamètre bi-pariétal, qui en moyenne est de 9 centimètres à terme, 8 cent $1/2$ à 8 mois et $1/2$, de 8 centimètres à 8 mois, etc., comme nous l'a montré Stoltz, et l'on comptera sur une réduction de 5 à 10 millimètres, c'est-à-dire, que l'on devra provoquer l'accouchement, lorsque le diamètre bi-pariétal sera supposé être supérieur de 5 à 10 millimètres à celui du diamètre conjugué. En général, on laissera l'enfant s'approcher le plus possible du terme, parce que vers 8 mois 8 mois $1/2$ il est très viable, tandis que vers 7 mois, il n'a presque pas de chances de vivre. Il ne faut cependant pas laisser le fœtus se développer trop, car outre que l'on aurait plus alors que peu de chances de l'extraire vivant, on ferait retomber la mère dans tous les inconvénients d'un accouchement laborieux.

Lorsque c'est la face qui se présente, on cherchera à convertir cette présentation en présentation du sommet. On échouera souvent. L'application de forceps sera alors indiquée, mais il ne faudra pas attendre aussi longtemps que pour le sommet.

CONCLUSIONS

1° Dans les bassins moyennement rétrécis, la présentation du siège est plus favorable que celle du sommet ;

2° Lorsque le sommet se présente au détroit supérieur, si le fœtus est macéré, le travail se terminera presque toujours spontanément, à cause de la grande réductibilité de la tête ; s'il est mort pendant le travail, on n'hésitera pas à pratiquer la craniotomie si une application du forceps n'a pu amener l'extraction ;

3° Lorsque le fœtus est vivant et à terme, après avoir attendu le plus longtemps possible, si la tête n'a aucune tendance à s'engager au détroit supérieur, ou que la vie de la mère et du fœtus sont compromises, on n'hésitera pas à intervenir par une application du forceps ;

4° Quand une première application n'aura pu amener l'extraction, on en fera une seconde, et une troisième si c'est nécessaire, à plusieurs heures d'intervalle, lorsque l'état de la mère et du fœtus le permettront ;

5° Quand l'extraction n'a pu être faite après une troisième application de forceps, il faut recourir à la craniotomie, voire même à la céphalotripsie à broye-

ments multiples, si la crâniotomie a été insuffisante ;

6° On réservera la version pour les bassins obliques ovalaires, lorsque la tête n'a pas de tendances à s'engager, et qu'une application de forceps n'a pu en amener l'engagement ;

7° Si la femme n'est point à terme, on provoquera l'accouchement prématuré le plus près possible du terme, pour que l'enfant ait plus de chances de vivre, mais toutefois assez tôt pour que la mère ne soit pas exposée à un accouchement trop difficile ;

8° Les preuves en faveur de la version dans l'accouchement avant terme ne nous semblent pas suffisantes pour proscrire le forceps.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Ahlfed. — Leipzig, 1873, *Arch. f. Gyn.*
- Bailly, professeur agrégé. — *Dict. encyclopéd. Dechambre*, art. *Bassin*, 1866, t. IV; thèse de concours, 1866.
- Barnes. — *Obst. Trans.*, t. VII, op. obs. trad. par Cordes, 1873, pages 215-219 et suiv.
- Baudelocque. — 1781-1815, *Traité d'accouchements*, t. II, pages 227 et suiv.
- Blot. — *Arch. de méd.*, juillet 1863.
- Borinsky. — *Arch. f. Gyn.*, 1872, *Dissert. inaug.*, Breslau, 1872.
- Bouchacourt. — *Dict. encyclop. Dechambre*, art. *Dystocie*, 1885.
- Boy. — Thèse Paris, 1871, *Accouchem. prématurés dans les vices du bassin*.
- Braxton-Hicks. — *Guy's Hosp. Rép.*, 1870, *Brit. and. Foreign. méd. chir. Review*, 1870.
- Budin, professeur agrégé. — Thèse Paris, 1876, *De la tête fœtale au point de vue de l'obstétrique*.
- Capuron. — 1811, *Traité d'accouchements*, p. 303 et suiv.
- Cazeaux. — *Traité d'accouchements*, p. 1028.
- Chailly. — 1845, *Traité d'accouchements*, pages 642 et 648.
- Champetier de Ribes. — Thèse Paris, 1878, *De la version pelvienne dans les rétrécissements du bassin*.
- Chantreuil. — *Clin. obst.*, de Simpson, trad. par Chantreuil, 1872.
- Charpentier, professeur agrégé. — *Traité d'accouchements*, 2 vol., 1883.
- Coutouly. — *Mémoires*, 1807, p. 98.
- Deleurye. — *Traité d'accouchements*, 1777; *Observation sur l'opération césarienne et sur l'usage du forceps la tête arrêtée au-dessus du détroit supérieur*, 1779.

- Delore. — *Traité pratique de l'art des accouchements*, p. 440 et suiv.
- Depaul. — *Dict. encycl. Dechambre*, art. *Bassin*, 1876.
- Desormeaux. — 1833, *Dict. méd.*, en 30 vol., art. *Bassin*, t. V.
- Dubois (Paul). — 1834, Thèse d'agrégation, pages 24 et 54.
- Dubreuilhe. — *Gaz. méd.*, Paris, 1856.
- Dugès. — *Manuel d'obstétrique*, p. 249 et suiv.
- Duncan (Mathews). — *Mech. of natural parturition*, 1873; *Obs. j. of great Britain*, 1875-78; *Obs. trans.*, t. XII.
- Fuhrmann. — 1868, *Mon. f. Geb.*
- Gardien. — 1807, *Traité complet de l'art des accouchements*, t. II, p. 535, t. III, p. 13.
- Goodell. — 1875, *Soc. obst.*, Philadelphie.
- Grisel. — Thèse Paris, 1883, *De la version dans les bassins rétrécis.*
- Guéniot, professeur agrégé. — 1870, *Bull. méd.*, 2^e série, t. VI, n^o 40.
- Hecker. — 1869, *Arch. f. Gyn.*, 1871.
- Hyernaux. — *Traité d'accouchements*, Bruxelles, 1866.
- Jacquemier. — 1846, *Traité d'accouchements*, t. II, p. 360.
- Jones. — Thèse de Paris, 1864.
- Joulin. — *Mém. acad. méd.*, 1865, t. XXVII, *Des avantages et des inconvénients de la version et de l'application du forceps dans les rétrécissements du bassin.*
- Lachapelle (M^{me}). — 1821, *Pratique des accouchements*, 3 vol.
- Levret. — 1747, *Traité sur les accouchements laborieux*, p. 161 et suiv.
- Lowenhardt. — *Arch. f. gyn.*, 1875.
- Mac-Clintock. — 1863, *Obs. trans.*, t. IV.
- Maillard. — Thèse de Paris, 1868, *Parallèle entre le forceps et la version dans les rétrécissements moyens du bassin.*
- Martin. — *Mon. f. geb.*, 1867-68.
- Maygrier et Halmagrand. — 1840. *Nouvelles démonstrations d'accouchements*, p. 436 et 439.
- Milne (Alexandre). — *Edin. obst. j.*, 1867-1874.
- Moreau. — *Bullet. de la soc. de la Fac. méd.*, t. VII, p. 159.

- Noëgele et Grenser. — *Traité d'accouchements*, trad. par Aubenas, 1880, p. 556 et suiv.
- Pajot. — Thèse d'agrégation, 1853; Clinique d'accouchements, 1885-86.
- Pinard, professeur agrégé. — Thèse Paris, 1874; *Recherches de pelvimétrie et de pelvigraphie*; Cours d'accouchements, 1885-86.
- Playfair. — *Traité d'accouchements*, trad. par le d^r Verneil, p. 534.
- Rigaud. — Thèse de Paris, 1876, 393 bassins viciés.
- Scanzoni. — *Lehrb. d. geb.*, 1867.
- Scharlau. — *Mon. f. geb.*, 1868.
- Schatz. — *Arch. f. gyn.*, 1873, t. IV.
- Schroöder. — *Manuel d'accouchements*, trad. Charpentier; *Mon. f. geb.*, 1868.
- Schweighäuser. — *Mémoires sur le forceps*, 1799.
- Simpson. — *Clin. obst.*, trad. par Chantreuil, 1873.
- Smellie. — 1774, *Traité d'accouchements*, trad. par de Préville, p. 258 et suiv.
- Spiegelberg. — *Lehrb. d. geb.*, 1878-80.
- StanESCO. — Thèse Paris, 1869, *Recherches cliniques sur les rétrécissements moyens du bassin*.
- Stoltz. — *Dict. de méd. et de chirurg. pratiq.*, art. *Dystocie*, 1870, t. XII.
- Van Huevel. — *Ann. gyn.*, août 1843.
- Waisseige. — Liège. *Traité pratique des opérations obstétricales*, 1881, p. 202.

Vu : le Président de la Thèse,
PAJOT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
GRÉARD.

Le Mans. — Imp. A. Drouin, 5, rue du Porc-Epic.